Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 10 lipca 1886. № 28. Rok XXV.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Chrzęstniak wielkości główki dziecięcéj wychodzący z kości gnykowéj.

Podał Dr. Ignacy Link,
lekarz pułkowy, obecnie operator w téjże klinice.

W bieżącym roku szkolnym obserwowano w klinice chirurgicznéj w Krakowie przypadek chrzęstniaka wychodzącego z kości gnykowéj, wielkości główki dziecięcéj. Umiejscowienie i wielkość guza wywołały z jednéj strony znaczne zaburzenia w czynnościach sąsiednich narządów, z drugiéj zaś usunięcie nowotworu i następowe leczenie było połączone z licznemi trudnościami. Jeżeli przypadek ten już z tego powodu zasługuje na uwagę, to tém większe jeszcze budzi on zajęcie, gdyż chrzęstniaki wychodzące z kości gnykowéj niezawodnie należą do najrzadszych przypadków; nie mogłem bowiem nigdzie w dostępnéj mi literaturze znaleźć wzmianki, aby miejscem wyjścia tego nowotworu była kość gnykowa.

W. L., 40-letni wyrobnik, podaje, że pochodzi z rodziców zdrowych i że do 30 roku życia nie przebywał żadnych znaczniejszych chorób. W rodzinie chorego, o ile mu jest wiadomém, nowotwory dotychczas się nie pojawiały. W 31 roku życia zauważył chory w lewéj okolicy podszczękowéj guzek wielkości fasoli dość miękki, na który jednak dalszéj uwagi nie zwracał, gdyż wówczas jeszcze ani bólu ani jakichkolwiek innych dolegliwości nie doznawał. Przez 4 lata guz się wcale nie zmieniał, ani też nie zwiększał. Późniéj jednak zaczął róść powoli, w ostatnim zaś roku nagle się powiększył, a chory począł doznawać w guzie od czasu do czasu bólów kłujących. Chory stanowczo zaprzecza, aby doznał kiedykolwiek jakiego urazu w okolicy guza.

Skoro guz do nadmiernéj wielkości doszedł i choremu począł sprawiać trudności przy mówieniu i połykaniu, wówczas szukając pomocy lekarskiéj zgłosił się on do tutejszéj kliniki. Stan chorego w dniu przyjęcia 30 grudnia 1885 był następujący: Mężczyzna wzrostu średniego o cerze blado żółtéj, skąpéj podściółce tłuszczowéj, słabo rozwiniętych mięśniach a silnéj budowie kośćca. Całą przednią i lewą połowę szyi zajmuje guz wielkości główki dziecięcéj. Guz ten rozciąga się w kierunku poziomym od lewego wyrostka sutkowego aż do prawego kąta szczęki dolnéj, ku dołowi zaś dochodzi na dwa palce powyżéj *fossa jugularis* i do lewego obojczyka; pokrywa on całą przednią i lewą połowę kości gnykowéj i krtani i przechodzi swą wypukłą zwisającą płaszczyzną tak ponad górném wejściem do klatki piersiowéj, że sięga aż do drugiego lewego żebra. Guz w całości jest kształtu nieregularnie półkolistego a na powierzchni jego widać liczne wypuklenia. Zbitość jego twarda, chrząstkowata, w miejscu niektórych wypukleń chełbotanie. Jest on mało tylko ruchomy, z podstawą zrośnięty, przy ruchach połykowych mało się porusza. Skóra nad nim mocno napięta, trudno w fałd ująć się dająca, zresztą prawidłowa. W jamie ustnéj brak po stronie lewéj dwu zębów dwuguzikowych i dwu trzonowych. Język wyparty ku górze przez guz wypuklający się z dna jamy ustnéj a mający tę samą zbitość, co guz zewnętrzny i widocznie z nim w związku stojący. Błona śluzowa jamy ustnéj prawidłowa, wydzielanie śliny zwiększone. Lewa ściana przełyku wyparta ku stronie prawéj okazuje tę samą zbitość co guz zewnętrzny. Chory nie może języka ku przodowi wysunąć i skarży się na znaczne dolegliwości przy połykaniu. Przy próbnéj punkcyi wydobyto z guza zewnętrznego ciecz bezbarwną, ciągnącą się, z guza zaś wewnętrznego ciecz galaretowatą. Ciecz ta badana kwasem octowym nie daje oddziaływania śluzu; badanie zaś mikroskopowe wykazało, iż składa się z istoty podstawowéj bezpostaciowéj i drobnoziarnistego rozpadu a nie zawiera żadnych składników ukształconych. Na podstawie badania zewnętrznego i drobnowidowego rozpoznano guz jako chrzęstniak wychodzący prawdopodobnie z lewego gruczołu podszczękowego.

Do wyłuszczenia guza przystąpił prof. Mikulicz 13 stycznia 1886. Cięcie w skórze 20cm. długie od kąta szczęki do zewnętrznego dolnego bieguna guza. Po dokładnem podwiązaniu żył leżących w cięciu oddzielono guz częścią nożyczkami, częścią tępo od otoczenia, przyczem przyczepiny zawierające naczynia przed przecięciem podwójnie *en masse* podwiązywano. W ten sposób oddzielono wewnętrzną część guza aż do kości gnykowéj; poczém przystąpiono do oddzielenia zewnętrznego odcinku, przyczém wspólną tętnicę szyjną na przestrzeni 4cm. odsłonięto. Po ukończeniu tego aktu odpreparowano dolną część i podstawę guza, co tylko z wielkim mozołem się udało, gdyż nowotwór był w tém miejscu ściśle z otoczeniem zrośnięty; przytém przerwano na przestrzeni 3cm. błonę tarczykowo-gnykową tak, iż przez otwór w ten sposób powstały można było widzieć nagłośnię. Oddzielenie guza w górnéj części jeszcze większe sprawiało trudności i pomimo najostrożniejszego preparowania wycięto z błony śluzowéj podstawy jamy ustnéj wąski pasek 6cm. długi. Wreszcie, gdy guz był już ze wszystkich stron wolnym, przystąpiono do oddzielenia go od krtani i kości gnykowéj i teraz się dopiero okazało, że był on z tą ostatnią ściśle złączonym. Wszystkie mięśnie przebiegające jużto pod guzem jużto przez sam guz, a mianowicie *mm. biventer*, *styloglossus* i *mylohyoides*, były częściowo w stanie zaniku, częściowo zaś tłuszczowo zwyrodniałe i musiały być po większéj części usunięte. Z kości gnykowéj pozostał tylko róg wielki prawy; nerwu podjęzykowego nie naruszono. Zatkawszy tymczasowo komunikacyję z jamą ustną i przełykiem gazą jodoformową wypłukano dokładnie całą jamę ranną 3% kwasem karbolowym, następnie zeszyto komunikacyję z przełykiem katgutem, otwór zaś na podstawie jamy ustnéj zatkano o ile możności dokładnie przez usta. Zresztą ranę w zwykły sposób drenowano, zespojono za pomocą 3 szwów płytkowych, 5 głębokich jedwabnych i powierzchownego szwu kuśnierskiego i pokryto dobrze uciskającym opatrunkiem jodoformowym.

Wyłuszczony nowotwór badano dokładnie w zakładzie patologicznym prof. Browicza. Guz waży 765gr., przedstawia się jako ciało mniéj więcéj kuliste o powierzchni nierównéj, opatrzonéj mniejszemi i większemi guzkami. Obwód w kierunku pionowym wynosi 37cm., w kierunku poziomym 42cm. Otoczony jest torebką łącznotkankową niejednakowéj grubości a oprócz tego na powierzchni jego widać pozrastane z nim mięśnie i ścięgna. Jedno ze ścięgien wchodzi w głąb samego guza jako twardy, biało połyskujący postronek. Na powierzchni guza widać nadto pod torebką przeświecające torbiele wielkości grochu do bobu wypełnione przeźroczystą galaretowatą cieczą. Na przecięciu przedstawia się guz jako twór rozmaitéj budowy a mianowicie w górnéj części spostrzegamy jamę wypełnioną ciągnącą się, galaretowatą, białawą cieczą. Ciecz ta pod mikroskopem przedstawia się jako zbiór komórek łącznotkankowych, kropelek tłuszczu i wielkiéj ilości dobrze rozwiniętych komórek chrzęstnych. Śród przekrajania nóż napotyka miejscami na znaczny opór. Powodem tego oporu są złogi wapienne nagromadzone mianowicie w samym środku guza; tu wśród tkanki chrzęstnéj napotykamy przy dokładném badaniu mocno zmieniony trzon kości gnykowéj. Badanie mikroskopowe wykazało, że guz jest chrzęstniakiem z licznemi ogniskami śluzakowatemi i torbielami.

Wewnątrz guza, jak wyżéj wspomniano, znaleziono trzon kości gnykowéj z dobrze zachowanym prawym wielkim rogiem. Po odwapnieniu za pomocą kwasu pikrynowego widzieć można na przekrojach jeszcze dobrze zachowaną okostnę. Beleczki zaś kostne są rozsunięte za pomocą nowotworowéj tkanki chrzęstnéj, która w nieregularnych ogniskach jest rozrzuconą i powoli przechodzi w masę właściwą guza, kość gnykową obrastającą. Lewy wielki róg uległ tym samym zmianom co i trzon kości gnykowéj i pozostaje w związku z tymże za pomocą tkanki chrzęstnéj. Do wnętrza guza wchodzi z torebki łącznotkankowéj kilka większych żył a w niektórych miejscach wewnątrz można widzieć małe wybroczyny.

Przebieg pooperacyjny był z początku zupełnie aseptyczny; wielkie powierzchnie ranne zlepiły się ze sobą rzeczywiście przez rychłozrost a rana cięta zgoiła się z wyjątkiem otworów drenowych *per primam*. Komunikacyje jednak z przełykiem i jamą ustną pomimo usiłowanego zamknięcia ich działały niekorzystnie na dalsze leczenie rany, potrawy bowiem i napoje dostawały się przez nie do dróg oddechowych i do jamy rannéj, czemu nawet przez sztuczne żywienie za pomocą sondy żołądkowéj nie można było przeszkodzić. Do tego dołączyły się jeszcze w pierwszych dniach po operacyi objawy, które za lekkie zatrucie kwasem karbolowym i jodoformem uważać było można, a mianowicie silny zapad, apatyja, tętno przyspieszone. Objawy te jednak znikły zaraz, gdy środki te zastąpiono octanem glinowym. Drenów z tego powodu nie usuwano, otwór na dnie jamy ustnéj zatykano przy codziennéj zmianie opatrunku tamponem z gazy odtłuszczonéj; chory czuł się zdrowszym, apetyt się zwiększał, chęć do życia się obudziła. Nagle, a było to 22 dnia po operacyi, chory zaczął gorączkować, wystąpiły objawy kataru oskrzelowego obok nieznacznych bólów w klatce piersiowéj. Badanie fizyczne płuc oprócz nieznacznych objawów nieżytowych nic nieprawidłowego nie wykazało, natomiast wykryto opadnięcie ropy do śródpiersia. Założono natychmiast przez ranę na szyi długi dren aż do śródpiersia przedniego i przez takowy co drugi dzień wstrzykiwano mięszankę jodoformową (*Glycerini* 10·0, *Jodoformi* 1·0), co znakomity skutek wywarło, gdyż mięszanka podnosiła do góry w głębi zatrzymaną ropę. Ciepłota opadła zaraz do stanu prawidłowego, a jeżeli się następnego dnia znowu nieco podniosła, to późniéj znowu opadła tak, że tylko 34 dnia po operacyi była znowu jeszcze nieco podwyższoną. Od tego czasu chory nie gorączkował, wydzielanie się jednak ropy z śródpiersia nie chciało ustąpić; to jak również ponowne podwyższenie się ciepłoty skłoniło prof. Mikulicza do zrobienia w *jugulum* przeciwotworu, czego następstwem było zamknięcie się nietylko komunikacyi z przełykiem i jamą ustną ale także i zewnętrznego otworu. Chory był 20 marca b. r. zupełnie uleczony, pozostało mu tylko porażenie gałązek nerwu twarzowego zaopatrujących lewy kąt ust. Jakkolwiek nerw podjęzykowy nie był podczas operacyi uszkodzonym, to jednak musiał on już przedtém w skutek ucisku guza wiele ucierpieć, albowiem chory tak przed jakoteż i po operacyi nie był w stanie wymawiać głosek gardlanych.

Trudności w połykaniu istniejące przed operacyją ustąpiły zupełnie, język leży w właściwém miejscu a chory może nim dowolnie poruszać, ruchy tylko odbywają się nieco leniwie. Dwie małe blizny na szyi przypominają dawniéj istniejący duży guz.

Pomimo dokładnego przejrzenia dostępnéj mi literatury nie mogłem znaleźć podobnego przypadku, jak już wyżéj wspomniałem. Otwarcie mówiąc i my przed operacyją

nie myśleliśmy o tém, aby chrzęstniak ten wychodził z kości gnykowéj. Z powodu wielkości guza dokładne oznaczenie jego punktu wyjścia było naturalnie wprost niemożliwém. Ponieważ jednak nowotwory chrzęstne w téj okolicy najczęściéj z gruczołu podszczękowego wychodzą, dla tego przypuszczaliśmy, że i nasz guz tu ma punkt wyjścia a w tém zgodziliśmy się zupełnie z wszystkimi autorami.

Riedel (*Deutsche Chirurgie*, zesz. 36, § 42) o chrzęstniakach na szyi tak się wyraża: „Zupełnie czyste formy chrzęstniaków zdarzają się tylko rzadko albo znajdujemy chrząstkę w włókniakach albo też tkanka kostna rozwija się w chrzęstniakach. Małe chrzęstniaki można słusznie za szczątki łuków skrzelowych uważać“. Heusinger opisuje podobny preparat z noworodka przedstawiający guz złożony z czystéj chrząstki a zawierający setki małych torbieli. Reszta bierze swój początek z części chrzęstnych kręgosłupa; także gruczoły leżące w bliskości gruczołu przyusznego względnie podszczękowego bywają uważane za punkt wyjścia tych nowotworów; być może że i tu, jak w wspomnianych gruczołach ślinnych, mamy do czynienia z zbłąkanemi ogniskami zarodkowemi późniéj się dopiero rozwijającemi. Według Billrotha (*Allgem. chirurg. Pathologie u. Therapie* XI wyd. następnie *Chirurgische Klinik*, 1879) chrzęstniaki zdarzają się w następujących narządach i według częstości w następującym porządku: 1) Na falangach palców i kościach śródręcza (daleko rzadziéj na stopie). 2) Na kości udowéj i miednicowych; tu dochodzą guzy do bardzo znacznych rozmiarów. 3) Na kościach twarzy, jeszcze rzadziéj czaszki. 4) Na żebrach i łopatce. 5) Rzadko w torebkach ścięgnistych. 6) W jądrze, jajniku, sutku i śliniankach. O chrzęstniakach kości gnykowéj wcale nie wspomina. Lücke (*Pitha-Billroth Lehrbuch der Chirurgie. Lücke, Die Lehre von den Geschwülsten*) również nie czyni ani wzmianki o chrzęstniakach téj kości. Wagner (*Archiv der Heilkunde.* (1861), str. 283) widział chrzęstniak dna jamy ustnéj, który jednak w żadnym związku nie stał z kością gnykową. Virchow (*Die krankhaften Geschwülste*) widział chrzęstniaki wychodzące z chrząstek krtaniowych, zdaje się jednak, że chrzęstniaka z téj kości wychodzącego wcale nie napotkał. Mackenzie (*Die Krankheiten des Halses u. der Nase.* Na niemieckie przełożył Semon. Berlin) obserwował chrzęstniak wychodzący z chrząstki obrączkowéj i rozrastający się wzdłuż przedniéj ściany tchawicy ku dołowi. I Rokitansky (*Lehrbuch der pathol. Anatomie*, 3 wyd., t. I) nie wspomina wcale o chrzęstniakach kości gnykowéj. Volkmann (*Beitrage z. Chirurgie*, 1875) opisuje przypadek chrzęstniaka śluzakowo-mięsakowatego (*chondroma myxosarcomatosum*) w okolicy podszczękowéj lewéj w górnym trójkącie szyjnym lewym usadowionego; punkt wyjścia nie jest dokładnie oznaczonym, według opisu jednak nie może nim być żadną miarą kość gnykowa. Paget (Cannstata roczniki, t. IV z r. 1851) utrzymuje, że chrzęstniaki tylko w następnych narządach pojawiają się: na kościach długich, na szczęce i kościach ręki, w gruczole przyusznym rzadziéj podszczękowym, a wreszcie w jądrze. Nélaton (*Elements de pathologie chirurgicale*, 2 wyd., 1876, t. IV), Birch-Hirschfeld (*Eulenburg Encyklopädie*, t. III, 1880) i inni również chirurdzy nie wspominają wcale o chrzęstniakach kości gnykowéj. König (*Lehrbuch der speziell. Chirurgie*, 1885, t. I, str. 554) omawiając guzy stałe na szyi o chrzęstniakach mówi tylko tyle, iż są one rzadkie i że można je za zbłąkane ogniska uważać. Albert (*Lehrbuch der Chirurgie u. Operationslehre* z r. 1880) przytacza chrzęstniaki szczęki, gruczołu przyusznego, podszczękowego, sutka, łopatki, ramienia, miednicy i jądra. O chrzęstniaku kości gnykowéj zdaje się również nic nie wiedzieć.

II. O leczeniu ochronném wścieklizny metodą Pasteura.

Podał Dr. **Odo Bujwid.**

(Wykład miany na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 16 czerwca 1886).

Nowe odkrycia i metody wywołują zcierające się ze sobą poglądy. Przeciwnicy i zwolennicy przytaczają różne dowody mniéj lub więcéj słuszne, mniéj lub więcéj bezstronne, zwykle bardzo gorące, — prawda zaś na tém zyskuje tylko w miarę uspokojenia się umysłów i powolnego a bezstronnego rozpatrzenia. Przedmiotowość w razach takich jest wielce utrudnioną.

Celem mego krótkiego sprawozdania będzie powiadomienie o sposobach wykonania i wynikach metody Pasteura szczepienia wścieklizny.

Jad wścieklizny, zdaniem Pasteura, znajduje się przeważnie w ośrodkach nerwowych; jakkolwiek stwierdził on obecność jego także w niektórych gruczołach i ich wydzielinach (ślina, łzy).

Jeżeli cząstkę materyi nerwowéj zwierzęcia padłego na wściekliznę przeniesiemy pod oponę czaszkową zwierzęcia zdrowego, wtedy zakażenie następuje z pewnością i w czasie najprędszym; czas ten staje się dłuższym, jeżeli szczepimy w odległe nerwy lub pod skórę; w tym ostatnim razie zaszczepienie udaje się nie tak bezwarunkowo, jak gdy szczepimy pod oponę twardą.

Cząstka mózgu lub rdzenia psa wściekłego przeniesiona pod oponę twardą zdrowego królika wywołuje u niego wybuch choroby po upływie 13—18 dni; u psa okres ten jest dłuższy, wynosi bowiem 20—25 dni. Jeżeli zaś z królika padłego w ten sposób przeniesiemy na innego, potém na trzeciego, zauważymy wtedy, że okres choroby u 25 pokolenia zmniejszy się do dni 9—10, wreszcie u 90 pokolenia szczepnego wyniesie 7 dni. Pasteur doprowadził dotąd swoje szczepienia do 116 pokolenia i zauważył nieznaczną skłonność dalszego zmniejszania się okresu choroby do dni 6.

Jeżeli rdzeń kręgowy z tak padłego królika zawiesimy w butli szklanéj, któréj powietrze osuszoném jest przez umieszczone na dnie kawałki potażu lub sody gryzącéj, wtedy po 14 dniach rdzeń traci zdolność zakażania, zachowuje jednak własności ochronne, które występują wyraźniéj przez kolejne zaszczepianie kilku takich rdzeni, których ilość dni wysuszania zmniejsza się stopniowo, a więc wynosi: 14, 13, 12 itd. aż do 5ciu. Rdzeń z 5go dnia jest już dość silnym i zaszczepiony bezpośrednio wywołuje wściekliznę, po przejściu zaś pomienionych stopni od rdzenia z przed dni 14 nie wywołuje żadnych objawów. Psy zaszczepione w ten sposób, poddawane działaniu nieosłabionego przyrzutu pod oponę twardą, a więc w sposób najpewniejszy, nic oddziaływały wcale, a więc ochronne działanie poprzednich szczepień zostaje stwierdzoném. Również stwierdził Pasteur, że jeżeli zaszczepimy silny jad i wkrótce potém jad osłabiony poczynając od najsłabszego stopnia, wścieklizna się nie objawia. Ztąd wniosek, że po ukąszeniu przez psa wściekłego szczepienie stopni słabszych do mocniejszych chroni od wybuchu wścieklizny. Ponieważ zaś u człowieka okres wylęgania wścieklizny trwa 30—40 dni, zatém przed upływem dni 20 można szczepieniem zapobiedz wybuchowi.

Dotąd w przeciągu niespełna 8 miesięcy uległo szczepieniom leczniczo-ochronnym przeszło 1200 osób pokąsanych przez psy i wilki wściekłe (przez wilki 48), zmarło zaś śród objawów wścieklizny 8 osób (3 przez psy, 5 przez wilki). Szczepienia nie wywołały szkodliwych następstw u żadnego chorego, śmierć następowała w skutek wścieklizny zwykłéj, nie zaś szczepionéj; że tak jest a nie inaczéj, dowodem następująca okoliczność: rdzeń człowieka zmarłego z wścieklizny, po zaszczepieniu go królikowi wywoływał ją po upływie 13—18 dni, tj. w czasie, jakiego wymaga wścieklizna zwykła (*Rage des rues*); gdyby zaś przyczyną śmierci była wścieklizna szczepiona, śmierć królika nastąpiłaby po 7-dniowym okresie choroby; w takim bowiem okresie czasu zabija teraźniejszy słaby przyrzut.

Jeżeli tedy z niemieckimi nawet autorami przyjmiemy procent śmiertelności 5—6% po ukąszeniu przez psa (statystyka francuska i inne źródła niemieckie podają 12—15%) po ukąszeniu zaś przez wilka około 70—80% (statystyka włoska i rosyjska), wyniki przemawiają znakomicie na korzyść metody. (Dokładniejsze daty statystyczne umieściłem w Gazecie Lekarskiéj 1886 Nr. 23. Dokładne daty znalazłem także w pracy Dra Szpilmanna umieszczonéj w Przegl. Weterynarskim z rb.) Możnąby tylko uczynić jeden zarzut: czy wszyscy chorzy byli pokąsani przez psy rzeczywiście wściekłe? Każdy przybywający chory winien posiadać świadectwo lekarza lub weterynarza, inaczéj nie zostaje leczony; z uwagi jednak, że często nie podobna stwierdzić na pewno, czy dany pies był wściekłym, gdyż na to trzeba dłuższéj nad nim obserwacyi, z drugiéj zaś strony z uwagi na zbyt wielką dotychczasową liczbę zgłaszających się chorych, przypuszczam, że dużo zostało pokąsanych przez psy niewściekłe. Przypuszczenie to jednak uważam za niedostatecznie uzasadnione. Czy więc metoda może mieć wartość dla lecznictwa? Na pytanie to mógłbym odpowiedzieć tylko analogiją, gdyż własnego doświadczenia dotąd nie posiadam. Obóz niemiecki z Kochem na czele uważa rzecz za zbyt przesadzoną, niepozbawioną jednak pewnych podstaw, mianowicie należący do niego nie wątpią, że Pasteur ma do czynienia z prawdziwą wścieklizną i że takową wywołuje. Virchow, którego również osobiście interpelowałem, idzie daléj i przypuszcza możebność leczniczéj doniosłości, uważa jednak, że dotąd wyniki są za pośpiesznie przyjmowane.

Co do analogii, o któréj wspomniałem, wiemy przecież, że niektóre choroby bardzo sobie pokrewne lub nawet tożsame, raz przebyte chronią na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu od ponownego wybuchu. Widzimy to pomiędzy krowianką a ospą naturalną, przecież te dwa obrazy kliniczne mogą zależeć od jednego, lecz osłabionego przyrzutu. Koch odkrył podobny antagonizm pomiędzy dwoma różnemi drobnoustrojami: zaszczepienie *str. pyogenes* chroni od wybuchu róży; jeżeli ona następczo królikowi zaszczepioną zostanie. Wiemy również, że prątki wąglikowe mogą być w swojéj sile osłabione i jako takie zabezpieczają od inwazyj silnych; fakt ten został stwierdzony nie tylko w pracowni Pasteura. A więc i z wścieklizną rzecz może się mieć w sposób podobny. Jedyną pewną drogą do osiągnięcia pewnych wyników będą dalsze próby na zwierzętach i ludziach czynione. Zwracam jeszcze raz uwagę na nieszkodliwość ostrożnie stósowanéj metody. Pomocniczym środkiem będzie proponowana mi przez prof. Kocha statystyka przebiegu sprawy u leczonych sposobem Pasteura i nieleczonych a ukąszonych przez tegoż psa wściekłego.

Co do przyrzutu wścieklizny, zostawiam tę rzecz do czasu sprawozdania z prób dalszych, które obecnie wykonywam w mojéj prywatnéj pracowni w Warszawie. Szczegóły dotychczas ogłoszone jako sprawdzone przedstawiają wiele słabych stron.

Przejdźmy teraz do wykonania metody. Królik zostaje przymocowanym do stolika wiwisekcyjnego i uśpiony za pomocą chloroformu. Przed uśpieniem wystrzyga się pomiędzy uszami przestrzeń wielkości 1½ cala kwadratowego, poczém w témże miejscu w kierunku szwu strzałkowego prowadzi się cięcie skórne na cal długie. W miejscu odpowiadającém środkowi cięcia robi się za pomocą trepana otwór do twardéj opony mózgowéj. Igłą strzykawki Pravaza, zgiętą pod kątem lub łukowato, przebija się opona i zapuszcza parę kropel płynu, zawartego w strzykawce, pochodzącego z roztartego mlecza w bulijonie mięsnym. Mlecz (lub rdzeń przedłużony) pochodzi z królika świeżo padłego na szczepioną wściekliznę, 1—2 mm. sz. takiego mlecza roztarte w 1½ cm. sz. bulijonu może służyć na kilka szczepień (świeżo dokonanych), gdyż opona zatrzymuje tylko bardzo nieznaczną ilość płynu.

Po zapuszczeniu płynu rana obmywa się 3% roztw. fenolu, w którym macza się palce i narzędzia; operacyja sama jest nieszkodliwą i przy pewnéj wprawie łatwą i szybką. Po takiém szczepieniu królik czuje się dobrze i zwykle zabiera się do jedzenia. Po 6 dniach jednak traci apetyt, zwiesza uszy, staje się nieruchawym, traci władzę w tylnych odnogach, następnie w przednich, wreszcie kładzie się i po 2—3 dniach umiera.

Do szczepień leczniczych rdzeń wyjęty z kręgosłupa otwartego za pomocą nożyc odpowiednich zostaje zawieszony w butli szklanéj z kawałkami sody gryzącéj lub wapna na dnie. Do pierwszego szczepienia służy rdzeń, który wisiał w ten sposób przez dni 14 do ostatniego przez 5. Do zaszczepienia na osobę używa się około 2 mm. suchego rdzenia, który rozciera się na mleczny płyn w 1 sz. cm. bulijonu.

Wszystkie te rękoczyny wykonywane są przez pomocników Pasteura nadzwyczaj zręcznie i czysto. Nigdy nie widziałem ropienia ani u królików ani u ludzi, którym zastrzykiwania robiono. Przygotowanie płynów szczepnych odbywa się w osobnym pokoju, do którego wchodzi pod ten czas tylko jeden pomocnik, dla uniknienia pomyłek i zbytniego ruchu powietrza. Ta właśnie okoliczność wywołała podejrzenie, pozbawione podstawy, że Pasteur zachowuje metodę swoją w tajemnicy. Bardzo poważni badacze niemieccy byli tego przekonania, rzecz się jednak wyjaśniła w sposób powyższy.

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Przypadki te są następujące:

1. Julijanna Kowalczykówna, dziewczyna 11-miesięczna, źle odżywiona, przyjęta do szpitala 17 stycznia 1879. Obwód czaszki wynosi 41 ctm., wymiar prosty 14½, poprzeczny 11½ cm. obwód klatki piersiowéj 37, długość ciała 58 ctm. Chora mało na swój wiek rozwinięta, bardzo wychudła i blada, gruczoły karkowe i pachwinowe przerosłe, pod łopatką prawą

i w pasze prawéj wypuk krótszy, szmery oddechowe zaostrzone, w płucu lewém rzężenia wilgotne i furczenia, kaszel rzadki bardzo słaby, tak jak głos i płacz. Narządy jamy brzusznéj prawidłowe. Nie gorączkuje. 3/2 stłumienie w podstawie płuca lewego, oddech oskrzelowy, ciepłota ranna 37·5° C., stłumienie w płucu prawém utrzymuje się na wysokości grzebienia łopatki.

4/2 c. r. 36·8 c. w. 37·8 }
5/2 c. r. 37·0 c. w. 37·4 } Stan ogólny i stan płuc ten sam.
6/2 c. r. 37·0 c. w. 38·7 }
7/2 c. r. 37·4 c. w. 38·6 } Stłumienie nad całym płatem dolnym płuca lewego, oddech oskrzelowy.

8, 9 i 10 lutego stan ten sam, ciepłota najwyższa wieczorna 38·5° C., po nad płucem lewém wypuk stłumiono bębenkowy przy głębokim wdechu drobne trzeszczenia, wydech oskrzelowy. 11/2 c. r. 39·3 oddech szybki, powierzchowny, śpiączka, oczy w pół przywarte, osłabienie, miejscowo stan względnie lepszy c. w. 39·0. 12/2 o godzinie 4 téj rano śmierć.

Sekcyja wykonana 13 lutego 1879 wykazała: *Leptomeningitis convexitatis cerebri*, *pneumonia catarrhalis bilateralis, pleuritis fibrinosa recens. hyperplasia glandularum mesaraicarum.* Zapalenie opon mózgowych na powierzchni półkul było dla nas w tym przypadku prawdziwą niespodzianką, gdyż nie zauważyliśmy aż do końca życia najmniejszego objawu świadczącego o jakiémkolwiek zajęciu opon. Jedynêm może było podwyższenie znaczniejsze ciepłoty, mimo polepszenia stanu chorobowego płuc.

2. Józef Sitkowski, chłopiec 2-letni, miernie odżywiony przyjęty do szpitala 12 października 1881 dla krzywicy znaczniejszego stopnia. Obwód czaszki 46 cm., wymiar prosty 16, poprzeczny 13, obwód klatki piersiowéj 42, długość ciała 66 cm. *Kyphoscoliosis rhachitica* stosu pacierzowego, *pectus carinatum* w wysokim stopniu. Czaszka czworoboczna, a ciemię jeszcze otwarte w średnicy 5 cm. Nieżyt oskrzeli i jelit miernego stopnia. 17 października zapada na płonicę o przebiegu łagodnym, najwyższa ciepłota 39·0°, po 5ciu dniach ciepłota prawidłowa. Dopiero 29 października, tj. 12 dni po wystąpieniu płonicy, rozwija się błonica na migdale lewym i ciepłota wznosi się do 39·4; obrzęk gruczołów szyjnych i podszczękowych po stronie lewéj. 1 listopada okazują się na twarzy guzki ospowe, c. r. 39·0. 2/11 ciepłota 37·6, wysypka ospowa znaczniejsza, 3/11 c. 37·7 guzków coraz więcéj przybywa, nalot błonicowy z migdała ustąpił. 4go listopada c. r. 40·6° objawy obustronnego zapalenia płuc zwłaszcza po stronie prawéj, 5/11 c. r. 39·8, c. w. 40·4 dziecię nieprzytomne. 6/11 c. r. 40·1, guzki na twarzy zaczynają przechodzić w pęcherzyki ospowe zgrzytanie zębami c. w. 40·8. 7 listopada śmierć o godzinie 4 rano. Wymiotów ani drgawek w całym tym czasie nie było.

Sekcyja wykonana 8 listopada 1881 wykazała:

Variola vera in stadio eruptionis. Leptomeningitis serofibrinosa acuta convexitatis hemisspherae cerebri. Bronchitis diffusa, atelectasis disseminata et pneumonia lobularis partium posteriorum praecipue loborum inferiorum pulmonum. Infiltratio adiposa hepatis min. gradus. Enterocatarrhus chronicus c. hyperplasia gland. mesaraic. Pharyngitis acuta. Z protokułu sekcyjnego wyjmujemy: „Czaszka symetryczna, opona twarda gładka, blada. Na wypukłości półkul mózgowych pośród opon miękkich znaczny pokład wypociny blado-żółtawéj, miękkiéj, głównie wzdłuż naczyń żylnych i w rowkach między zwojami złożonéj, w grubych płatach wraz z oponami z powierzchni mózgu zdjąć się dającéj. Powierzchnia mózgu pod tą wypociną jest miernie nastrzykana. Na podstawie mózgu prócz nieco większéj ilości cieczy mętnawéj w przestworach podpajęczych opony miękkie niezmienione. Mózg w miernym stopniu przekrwiony, tak w istocie rdzeniowéj jak i korowéj miękki. Komórki mózgowe nierozszerzone zawierają mierną ilość cieczy surowiczéj, wyściółka gładka“.

Widzimy zatém, iż i w tym przypadku, mimo znacznie już rozwiniętéj sprawy zapalnéj, jak to sekcyja wykazuje, przebiegała ona zupełnie niespostrzeżenie, nie zdradzając się choćby tylko wymiotami lub drgawkami. Gdyby atoli przypady te nawet wystąpiły, to jeszcze nie moglibyśmy ich uważać za objaw zapalenia opon, lecz w obec choroby pierwotnéj, tj. ospy i zapalenia płuc, moglibyśmy je bardzo łatwo czynić zależnemi od znacznego a nagłego podwyższenia ciepłoty zwłaszcza u dziecka dotkniętego krzywicą, albo téż od zadrażnienia ośrodków krwią, w skutek ospy jakościowo zmienioną.

W dwóch przypadkach zapalenia opon na podstawie mózgu były objawy za życia wyraźne, jednakowoż rozpoznanie nasze nie zgadzało się w zupełności z wynikiem sekcyi, gdyż w pierwszym przypadku rozpoznaliśmy tylko zapalenie splotów naczyniowych czyli wodogłowie, w drugim zapalenie opon na podstawie na tle gruźliczém. Przypadki te były następujące:

1. Julija Szczygłówna, dziewczyna 1½ roczna, źle odżywiona, przyjęta do szpitala 17 marca 1879. Choroba datuje się od 5 tygodni, tj. od ostatniego ząbkowania, któremu towarzyszyło silne rozwolnienie. W następstwie tegoż powstało zaparcie żywota a przed 6ciu dniami wymioty, które kilkakrotnie się powtórzyły, wreszcie w 2 dni przed oddaniem do szpitala drgawki ogólne. Kościec prawidłowy, czaszka duża, obwód jéj wynosi 44 cm., wymiar prosty 14½, poprzeczny 12½ cm., obwód klatki piersiowéj 38, długość ciała 62 cm. Chora wyniszczona, tkanka tłuszczowa zanikła, gruczoły pachwinowe przerosłe. Dziecko nieprzytomne, spojrzenie groźne, gałki oczne nieco wysadzone, prawie nieruchome, wzrok skierowany w dal, źrenica lewa więcéj rozszerzona, oddziaływanie źrenic bardzo leniwe. Tężec mięśni karkowych znaczny, skurcz stały odnóg górnych i dolnych, przerywany chwilowemi tylko drgawkami. Czucie bardzo przytępione. Narządy klatki piersiowéj prawidłowe. Brzuch nieckowato zaciągnięty. Chwilami zez zbieżny, zgrzytanie zębami i mlaskanie. Ciepłota wieczorna 36·8, tętno nieregularne, słabe, od 60 do 112 uderzeń na minutę. 18 marca stan taki sam. W ciągu dnia kilkakrotne drgawki ogólne silne, zwłaszcza odnóg górnych, chwilami tylko drżenie członków; rozszerzenie obu źrenic, brak reakcyi na światło, ciepłota 36·6°. 19/3 Drgawki nieustające, twarz sina, nabrzękła wieczorem o godzinie 7 śmierć.

Sekcyja wykonana 21 marca 1879 wykazała: *Hydrocephalus ventriculorum chronicus. — Leptomeningitis fibrino purulenta basis cerebri nec non hydrocephalus internus acutus, oedema recens pulmonis utriusque, catarrhus chronicus intestini tenuis sbq. hyperplasia glandular. mesaraicarum.*

2. Anna Setkowiczówna, dziewczyna 5cioletnia, źle odżywiona przyjęta do szpitala 2 lipca 1880. Z anamnezy wiadomo, iż od dni kilku żali się na ból głowy, jest drażliwą i niespokojną. Brak apetytu, zaparcie żywota. Stan choréj zbadany w dniu następnym był następujący: Kościec prawidłowy, czaszka symetryczna, obwód jéj wynosi 46 cm., wymiar prosty 16, poprzeczny 13¼, przy objętości klatki piersiowéj 48 cm. a długości ciała 93 cm. Dosyć wy-

bitne łuszczenie przyskórka na całém ciele, skóra na pośladkach i udach pomarszczona, tkanka podskórna zanikła, mięśnie zanikłe, wiotkie, zwłaszcza odnóg górnych. W narządach klatki piersiowéj zmian wykazać nie można. Brzuch duży, napięty, znaczna przeczulica, chora za dotknięciem krzyczy i broni się, śledziony wymacać nie można. Chora przytomna, lecz małomówna i bardzo drażliwa, chwyta się rękami za głowę i wykrzykuje przeraźliwie. Wykrzykiwania powtarzają się bardzo często i mają wybitną cechę t. zw. *cri hydrocephalique*. Chwilami występuje zez zbieżny, zwłaszcza oka prawego, źrenica prawa nieco węższa. Tylko w chwilach wielkiego niepokoju oddaje mocz i stolec pod siebie, zresztą uprzedza o potrzebach; mocz zbadany okazał dość znaczny ślad białka; ciepłota wieczorna 38°C., tętno 72. 4/7 i 5/7 stan taki sam, ciepłota r. 38·1° wieczorna 38·6°, chora prawie ustawicznie wykrzykuje, zrywa okłady zimne z głowy; chwilami występują rumieńce na twarzy. 6go zrana wymioty na czczo śluzem. Stolec wolny, c. r. 36·0. Drżenie całego ciała, powieki szeroko rozwarte, gałki oczne w ustawieniu skurczowém wprost i w dal. Przytomność niepewna. Wieczorna ciepłota 38·5°, tętno regularne, uderzeń 88, oddech spkojny, na policzku prawym wypiek. Oczekiwanych drgawek nie było. Brzuch podatniejszy, nieco zaciągnięty. Wymioty w ciągu dnia się nie powtórzyły. 7/7 rano ciepłota 37·5. Sen z powiekami wpół przywartemi, drżenie członków, głównie połowy prawéj ciała, czasem zgrzytnięcie zębami. Wieczorem ciepłota 36·5, drżenie ustało, czucie i odruchy na odnogach dolnych upośledzone. 8/7 c. r. 36·0. Stan ten sam, bezwiedne przyciąganie odnóg dolnych do brzucha, c. w. 37·0. 9/8 c. r. 36·0. Stan podobny, chora nie wymiotuje, nie miała drgawek, tężca mięśni karkowych nie ma, drżenie ustało, wyraźnéj nieregularności tętna wyczuć nie można. Lewa połowa twarzy wygładzona, a kąt ust obwisły, c. w. 37·0. 10/7 c. r. 38·2. Brak zupełny przytomności, śpiączka, chora zupełnie spokojna, nie wykrzykuje, kontraktury skurczowe obu odnóg górnych. Oddech przyspieszony lecz regularny. W południe silne drgawki obustronne tak mięśni twarzy jak i odnóg trwające dwie godziny. Wieczorem ciepłota 40·5. Wymioty treścią zielonawą, po których ponowny napad drgawek. Twarz zaczerwieniona, zez, źrenice wąskie, reakcyja powolna, odnogi górne w ciągłéj drżączce, dolne wyprostowane, stopy w ustawieniu silnego zgięcia, nieckowate zaciągnięcie brzucha. 11/7 c. r. 38·3, wymiotów ani drgawek nie było, chora leży jak martwa, odnogi tak górne jak dolne wyprostowane, ręce w pięść złożone, odnoga górna lewa opada po podniesieniu bezwładnie i nie usuwa się przy łechtaniu lub kłuciu. Gałki oczne albo ustawione wprost nieruchomo, albo téż zataczają się powoli ku stronie prawéj i ku górze, zezu już nie ma, źrenice jednostajnie wąskie. Oddech regularny, tętno arytmiczne. Chora podane mleko jeszcze wypiła. Ciepłota wieczorna 41·0°C. 12/7 c. r. 40·5°, ton oddechowy Stokesa, twarz trupio blada, źrenice wąskie, rogówki płatami śluzu pokryte, czucia nie ma żadnego, odnogi bezwładne, tętno niewyczuwalne. O godzinie 8éj rano umarła.

Sekcyja wykonana 13 lipca 1880 wykazała: *Meningitis simplex basilaris. hydrocephalus internus acutus, oedema cerebri, bronchitis diffusa, sbs. atelectasi disseminata.* „Opona twarda spojona ściśle z czaszką, opony miękkie nastrzykane szczególnie na podstawie, gdzie część opon pokrywająca most Varola naciekła wypociną ropną. Zwoje mózgu spłaszczone, rowki wygładzone, komórki boczne powiększone zawierają do 100 gramów cieczy mętnéj, w rogu tylnym prawym nieco ropy, wyściółka komórek rozmiękła, tak samo sąsiednia istota mózgowa w znacznym stopniu".

W przypadku pierwszym nie omyliliśmy się w rozpoznaniu o tyle, że istotnie stwierdzono przy sekcyi obok zmian odpowiadających zapaleniu opon na podstawie najświeższéj daty, także i wodogłowie, którego cechy świadczyły najwyraźniéj, iż było ono cierpieniem pierwotném, do którego zapalenie opon na podstawie przystąpiło. Czy wodogłowie było już wrodzoném czy nabytém, na pewno powiedzieć się nie da, w każdym jednak razie poprzedzało ono zapalenie opon na podstawie, gdyż obok ropnego i włóknikowego wysięku w oponach podstawy mózgowéj znaleźliśmy bardzo znaczne rozszerzenie komórek mózgowych, znaczną ilość cieczy surowiczéj żółtawéj w tychże, znaczne rozmiękczenie wyściółki komórek i wybujałości ziarninowe. Zwoje mózgowe przypłaszczone, rowki bardzo płytkie, zatém zmiany potrzebujące do wytworzenia się czasu dłuższego i stojące w niestosunku z świeżą wypociną włóknikowo-ropiastą. Klinicznie rozpoznaliśmy wodogłowie, czyli zapalenie splotów naczyniowych w komórkach z następowym tamże wysiękiem, a to na podstawie wymiarów czaszki, o obwodzie 44cm., przy klatce piersiowéj o 38cm., rozszerzenia żył czaszkowych, wysadzenia gałek ocznych, następnie na podstawie przebiegu prawie bezgorączkowego w początkach dość powolnego wykluczającego zapalenie opon na półkulach, wreszcie braku zupełnego okresu porażennego i ciągnącego się zazwyczaj dni kilka w zapaleniu gruźliczém opon na podstawie. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Tarnowsky (w Petersburgu): **Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. Eine forensisch-psychiatrische Studie.** Berlin 1886.

Prof. Dr. Krafft-Ebing (w Gracu): **Psychopathia sexualis. Eine klinisch-forensische Studie.** Stuttgart 1886.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

U epileptyków oprócz samogwałtu, samcołoztwa czynnego, występują jako równoważniki padaczkowe szczególne przewrotności płciowe, których kilka uderzających przykładów autor przytacza. Przy téj sposobności autor, naszém zdaniem całkiem niepotrzebnie rozpisuje się i o erotomanii, która jest jedną z postaci, w jakiéj występuje pomięszanie pierwotne, a z przewrotnością popędu płciowego właściwie nic nie ma wspólnego.

W dziale drugim rozprawia T. nasamprzód nad przewrotnością płciową nabytą, przytaczając odstraszające przykłady, jak się samcołoztwa nabywa przez nałóg i przyzwyczajenie, głównie w zakładach wychowawczych, w więzieniach, koszarach, okrętach, przez czytanie pism odpowiednich itd. Na Wschodzie samcołoztwo, jakkolwiek potępione przez religię i ustawy, jest bardzo rozpowszechnione, a to z powodu, że wykluczenie kobiet ze życia towarzyskiego wprowadza młodzieńców w położenie wychowańców w zakładach zamkniętych.

Następnie przechodzi do przewrotności, objawiającéj się w niedołęztwie starczém i porażennem, a więc będącéj jednym z licznych objawów tych dwóch ciężkich form klinicznych choroby mózgowéj z przeważającém zboczeniem umysłowém.

Bardzo ciekawym jest rozdział ostatni, traktujący o powikłanych formach przewrotności płciowéj. Po krótkim poglą-

dzie historycznym na samcołoztwo autor wskazuje, że szpetny ten nałóg czepia się wszędzie postępu cywilizacyi, na które to zdanie mniéjbyśmy się zgodzili, aniżeli na orzeczenie, że jest on złém społeczném, zwłaszcza tam, gdzie mu sprzyjają szczególne okoliczności. I tak w Petersburgu w licznych łaźniach kwitnie prostytucyja pederastyczna w najlepsze, ponieważ lubieżnicy nie obawiają się kary ani wyzyskiwania (t. zw. chantage), gdy samcołożnicy tworzą formalne zamknięte stowarzyszenia, w skład których należą oprócz łaziebnych stangreci, stróże domowi itd., a okazują oni wielkie pobłażanie w obec „zabawek pańskich“, nie myśląc wcale o denuncyjacyi, ponieważ w tych zabawkach nie widzą nic dla siebie ubliżającego, owszém tylko źródło dochodu.

Najciekawszym i najważniejszym jest rozdział poświęcony sprawdzaniu samcołoztwa, zwłaszcza pod względem sądowolekarskim. Od czasu Tardieua i Caspra nikt prawie nie dotknął kwestyi, czy i jakie wykazać można zmiany na samcołożnikach i czy na tych zmianach można oprzeć zdanie sądowolekarskie, brzemienne w następstwa dla obwinionych. Ale też od czasu Tardieua i Caspra może nikt nie był powołany do wydania opinii w téj mierze tak jak Tarnowsky, który np. w ciągu jednego dnia mógł w zakładzie pewnym wychowawczym w Petersburgu zbadać 23 pederastów biernych, u których znalazł charakterystyczne zmiany. To téż zastanawia się on naprzód nad zmianami, przedstawiającemi się u samcołożników biernych, a następnie nad mniéj ważnemi zmianami u pederastów czynnych, podając, co najważniejsza, właściwy sposób badania takich indywiduów. Rozdział ten jest bardzo ważny dla lekarzy sądowych, albowiem, chociaż na szczęście u nas cywilizacyja zdaje się niedoszła jeszcze do tego szczytu, na jakim dojrzewać się zdaje obrzydły ten owoc, to jednak poszczególne przypadki zdarzają się wszędzie, a więc i u nas (w roku przeszłym miałem sposobność badania małéj szajki pederastów, składającéj się z jednego czynnego i dwóch biernych); ponieważ atoli lekarze sądowi u nas cieszą się małém w tych rzeczach doświadczeniem, więc skazówki podane przez lekarza tak kompetentnego tém większe mają znaczenie, aby niedoświadczony w nadarzającym się przypadku mógł radzić się i radzić sobie. Na ten więc rozdział (str. 105—143) głównie zwracamy uwagę kolegów ściślejszych, którym radzimy zapoznać się z nim dokładnie.

W całém tém dziełku, które z prawdziwém czytaliśmy zajęciem, jedna nas uderza okoliczność: oto brak wszelkiéj wzmianki o skopcach. Wprawdzie dopiero lat 10 minęło od czasu pojawienia się wielkiego dzieła Pelikana, ale przecie radzibyśmy usłyszeć zdanie specyjalisty o téj przewrotności płciowéj szczególnego rodzaju, znanéj na szczęście tylko w Rosyi, a zależałoby nam na tém zdaniu tém bardziéj, o ile dotąd nie jest całkiem wyświeconą kwestyja, czy praktyki owe sekciarskie są wynikiem obłędu religijnego, jak twierdzi Ideler, lub są poprostu wynikiem fanatyzmu, jak dowodzi kompetentniejszy pod tym względem Baliński.

Jeżeli dziełko Tarnowskiego obok swoich zalet razi tylko niepoprawnością języka, co nas nie dziwi ze strony autora Rosyjanina, ale dziwić musi ze strony nakładcy berlińskiego, to praca Krafft-Ebinga natomiast odznacza się pięknym i kwiecistym stylem, autorowi temu właściwym, oraz jasnością przedstawienia rzeczy, któréj zawdzięcza popularność, jaką szybko pozyskał sobie nie tylko pomiędzy ściślejszemi kolegami, ale lekarzami w ogóle, a nawet pośród większéj publiczności. W ogóle dziełko Krafft-Ebinga robi całkiem inne wrażenie aniżeli Tarnowskiego. Jeżeli w ostatniém poznaliśmy owoc własnych a licznych doświadczeń specyjalisty w chorobach płciowych, to w pierwszém poznajemy kompendyjum nauki o zboczeniach płciowych w stosunku do obłąkania, a więc dziełko, którego autor, jakkolwiek nie może popisać się zbyt wielkiém własném doświadczeniem, to jednak zestawia starannie i umiejętnie wszystko, co tylko do przedmiotu tego się odnosi. Z natury rzeczy wypływa, że dziełku takiemu, w miarę, z jakiego stanowiska je oceniamy, możemy przyznać jużto większe jużto mniejsze znaczenie. Jeżeli praca Tarnowskiego ma większą wartość dla lepiéj obeznanego z przedmiotem, który zdolnym jest ocenić, o ile autor wzbogacił odnośny dział nauki własném swojém doświadczeniem, ale zarazem wie, że nie wyczerpnął całego przedmiotu, to dziełko Krafft-Ebinga przeciwnie będzie bardzo pouczającém dla mniéj obeznanego, bo *in nuce* zestawia wszystko co o przedmiocie dotąd pisano i w ogóle o nim wiadomo, zestawia to wszystko w sposób poglądowy, wszędzie podaje wyczerpującą literaturę, a więc przedstawia całość niezbędną, ale i całkiem wystarczającą dla lekarza sądowego, chcącego zapoznać się z przedmiotem a nie mogącym łożyć kosztów na wszystkie monografije w handlu księgarskim pojawiające się. Gdy nadto Krafft-Ebing uwzględnia należycie dziełko Tarnowskiego, które wyszło w pół roku wcześniéj, więc praca jego czyni zadość wszelkim wymogom.

Treść jego jest bardzo obfita. Na wstępie autor podaje prześlicznie napisane urywki z psychologii życia płciowego, posiłkując się licznemi dziełami a głównie Micheleta i Mantegazzy, a następnie przechodzi do dat fizyjologicznych (str. 1—20). Rzecz właściwą traktuje w dwóch rozdziałach (str. 21—94), a mianowicie w części gólnéj rozprawia o newro- i psychopatologii życia płciowego, potém zaś zastanawia się nad patologiją szczegółową. W końcu (str. 94—110) roztrząsa znaczenie karnosądowe życia płciowego chorobowego.

(Dokończenie nastąpi).

Prof. Dr. L. Brieger: **O ptomainach.**

Według obecnie najwięcéj rozpowszechnionego mniemania między patologami przyczyną przeważnéj części chorób, a szczególniéj chorób zakaźnych, są bakteryje. Działanie ich chorobotwórcze nie polega jednak jedynie tylko na tém, że one, dostawszy się między tkanki żywotne, odbierają im soki odżywcze, że występują tutaj gromadnie jako istotne pasorzyty, i że skutkiem wstrzymania procesu odnawiania się tkanek muszą ostatecznie ich śmierć sprowadzić. Bakteryje są istotami żyjącemi. Zasadą życia organicznego jest przeróbka materyi. Tak więc bakteryje, skoro przyswajają sobie kosztem tkanin, w których się znajdują, pożywienie, rozkładają je, tworząc już to ciała złożone w wyższym stopniu od przyjętych, już téż rozkładając je na połączenia coraz mniéj złożone, coraz więcéj proste, do pierwiastków zbliżone.

Jak wielką przez ten proces życia bakteryje odgrywają rolę, to wynika z badań ostatnich dwóch lat dziesiątków. Bakteryje są przyczyną fermentacyi wyskokowéj, śluzowéj, mlecznéj, masłowéj, amonijakalnéj itp. Według najnowszych badań zdaje się nawet być prawdopodobném, że bakteryje i im pokrewne grzyby są przyczyną wietrzenia skał i tworzenia się roli urodzajnéj na ich powierzchni. Sile więc życia bakteryj zawdzięczać należy tak wiele, że śmiało powiedzieć można, że bez bakteryj i im ustrojem najbliższych organizmów życie istot wyższych na ziemi byłoby niemożliwém.

Jeżeli więc bakteryje odgrywają tak ważną rolę skutkiem własności żywotnéj rozkładania ciał i tworzenia nowych związków chemicznych, słusznêm jest, aby i patolog zwrócił większą baczność na objaw życia i przemiany pierwiastków bakteryj chorobotwórczych. Tymczasem o energii działania chemicznego bakteryj chorobotwórczych jak dotąd prawie nic nie wiemy. Tylko dotąd nieco więcéj zastanawiano się nad wpływem chemicznym tych istot na węgleki wodu. Chcąc jednak znać ich własności, trzeba się zająć także i działaniem ich na inne ciała, służące im za pożywienie. W tym kierunku jest dotąd zaledwie kilka prac, które dotyczą działania chemicznego bakteryj, nie chorobotwórczych jednak, na różne materyje odżywcze i które głównie tylko wykazały, że zachowanie się bakteryj w różnych środkach jest różnêm.

Już od kilkunastu lat zwrócili badacze uwagę, że przy gniciu ciał białkowatych powstają połączenia zasadowe, bardzo podobne do alkaloidów. Połączenia te zwróciły uwagę powszechną chemików i lekarzy sądowych i otrzymaly przez Selmiego nazwę ptomainów i którą późniéj powszechnie przyjęto. Pierwszy jednak dopiero Nencki w r. 1876 otrzymał czyste ptomainy i własności ich szczegółowo opisał.

Równocześnie prawie zwrócono uwagę, że i w przewodzie pokarmowym zwierząt ssących odbywa się na wielką skalę proces gnicia, że i tutaj także wytwarzają się podobne ciała, które jednak ulegają zniszczeniu przez ustrój zdrowy i nie są w stanie sprowadzić zatrucia. Ciała te zostają przetworzone w inne połączenia jak Kresol, Indol, Skatol itd. Jednak według wszelkiego prawdopodobieństwa ciała te nie wytwarzają się w takiéj ilości w ustroju chorym, aby były w stanie zniszczyć wszystkie trujące wytwory gnicia, tworzące się w przewodzie pokarmowym. W takim razie więc ciała te mogą rozwinąć swój wpływ szkodliwy na organizm.

Autor wziął sobie za zadanie zbadać, o ile twierdzenie to może być uzasadnionêm, o ile bakteryje mogą wytwarzać produkty szkodliwe ustrojowi i tym sposobem wywoływać zatrucia. W pracy niniejszéj podaje autor tylko najnowsze wyniki swych badań nad ptomainami, przyznając zarazem, że rzecz jednak nie postąpiła o tyle, aby mogła być systematycznie w całêm zaokrągleniu przedstawioną.

Nazwę „ptomainy“ rozciąga Brieger także i na ciała zasadowe, wytwarzające się w skutek procesu chemicznego wywołanego bakteryjami chorobotwórczemi, bo dotąd nie można twierdzić, aby i te produkty nie były produktami gnicia.

Dla odróżnienia ptomainów trujących od nietrujących, proponuje Brieger dla tych pierwszych nazwę „Toksynów“. Dotąd otrzymał Brieger z gnijących istot białkowatych następujące ptomainy: Neurydyn $C_5 H_{14} N_2$, Neuryn $C_5 H_{13} NO$, Muskaryn $C_5 H_{15} NO_3$, ciało o składzie jak diamin etylenowy $C_5 H_8 N_2$, Gadinin $C_7 H_{17} NO_2$, Dimetylamin $(CH_3)_2 NH$, Trimetylamin $(CH_3)_3 N$, Trietylamin $(C_2 H_5)_3 N$. Z części trupa ludzkiego oddzielił Brieger: Cholin $C_5 H_{15} NO_2$, Neurydyn $C_5 H_{14} N_2$, Kadaweryn $C_5 H_{16} N_2$, Putrescyn $C_4 H_{12} N_2$, Sapryn $C_5 H_{16} N_2$, Trimetylamin $(CH_3)_3 N$ i wreszcie Mydalein o składzie jeszcze bliżéj nieoznaczonym.

Neuryn, Muskaryn i Mydalein są ptomainami silnie trującemi, wywołującemi porażenie systemu mięśni prążkowanych, z równoczesném podrażnieniem systemu mięśni gładkich.

Z gnijących szczupaków otrzymał Boeklisch, pracujący pod kierunkiem Briegera, ptomain o składzie $C_4 H_{11} N$, który jest isomerycznym z dietylaminem $(C_2 H_5)_2 NH$.

Z mięsa końskiego od 3ch miesięcy już gnijącego otrzymał Brieger ptomain o składzie $C_2 H_8 N_3$, który tylko z kwasem fosforomolybdenowym i pikrynowym tworzył połączenia podwójne. Ptomain ten okazał się nietrującym. — Drugi ptomain także z mięsa tego otrzymany, o składzie $C_7 H_{17} NO_2$, jest trującym. Wstrzyknięty podskórnie sprowadzał rodzaj letargu, który przechodził w śmierć.

W ostrygach *(Mytilus edulis)*, które w roku zeszłym tak liczne zatrucia wywołały, znalazł Brieger ptomain, działający podobnie do kurary, o składzie $C_6 H_{15} NO_2$. Prócz tego ptomainu znajdują się w mięczakach trujących i inne połączenia zasadowe, jak np. Betain czyli Oxycholin $C_5 H_{11} NO_2$. Podobne ciało wykrył Liebreich w moczu ludzkim.

W dalszym ciągu doświadczeń robił Brieger badania nad połączeniami powstającemi pod wpływem bakteryj w środkach używanych do ich hodowli. *Staphylococcus pyogenes aureus* (Rosenbach) hodowany czyto w bulijonie czy peptonie nie wytwarza żadnego alkaloidu, tylko wiele amonijaku. Podobnież *Streptococcus pyogenes* (Rosenbach) tworzy tylko przeważnie trimetylamin. Prątki tyfusowe, opisane przez Eberta i Kocha, wytwarzają ptomain mocno trujący, o składzie prawdopodobnym $C_7 H_{17} NO_2$. Nad składem i działaniem tego ptomainu Brieger pracuje daléj.

Zdaniem Briegera badania w tym kierunku wyświecą może, w jaki sposób bakteryje wywołują objawy chorobowe tyfusem, cholerą, tężcem itd. zwane. Również twierdzi autor, że jakkolwiek *staphyloccus* i *streptococcus* nie wytwarzają żadnego ptomainu, to przecież łatwo być może, że owe aminy i amony, które skutkiem nich powstają, są przyczyną zapalenia otaczających tkanek i wytworzenia ropy.

Według doświadczeń Briegera w miarę postępu gnicia wytwarzają się nowe ptomainy, które ustępują znów miejsca nowym połączeniom. Tak np. w ciele ludzkiém gnijącém wytwarza się mniéj lub więcéj w ciągu pierwszych 7 dni przeważnie cholin, który potém znika, a występować zaczynają trujące ptomainy. Również ciepłota, przypływ tlenu itp. warunki wywierają wielki wpływ na wytwarzanie się różnych połączeń zasadowych pod wpływem bakteryj.

Ztąd wnosi autor, że z dokładniejszém poznaniem chemizmu życia bakteryj może uda się wyjaśnić dotąd nierozwikłaną zagadkę powstawania gorączki. Jeżeli wreszcie przypuścimy, że ciała wytworzone przez bakteryje działają w odpowiedni sposób szkodliwy na ustrój ludzki, to przyjdziemy do wniosku, że pod wpływem różnych środków leczniczych bakteryje nie są w stanie wytwarzać owych ciał trujących, a ztąd otwiera się droga dla racyjonalnéj terapii, któréj jutrzenkę widzi Brieger w zastósowaniu salicylanu sodowego (Stricker) w gośćcu stawowym, antipyrynu (Leukartz) również przeciw téj saméj chorobie, taliny (Ehrlich i Laquer) w durze itd. (Według odczytu mianego na Kongresie berlińskim 14 kwietnia. *Allg. med. Central Ztg.*, 1886, Nr. 39). *Dr. Kopff.*

Dr. H. Kümmel: **O zatruciu sublimatem śród laparotomii.**

Sublimat znajduje z każdym dniem szersze zastosowanie w leczeniu antyseptyczném ran a zawdzięcza to swojéj znakomitéj sile dezinfekcyjnéj, swéj taniości, wreszcie i temu, iż jest bezwonnym. Jak każdy prawie inny rozpowszechniony środek antyseptyczny, tak i sublimat, który w krótkim bardzo czasie rozległego doznał zastosowania, pożądał i ofiar

dla siebie. Ciężkie zatrucia, niewątpliwe przypadki śmierci zdawały się nakazywać zupełne zaniechanie tak niebezpiecznego środka, z drugiéj strony jednak znaleźli się gorliwi zwolennicy tegoż, którzy nawet po zastosowaniu większych ilości, przynajmniéj w pierwszych czasach, żadnych złych następstw nie spostrzegali.

Czas i doświadczenie wskazały nam pośrednie stanowisko, pouczyły nas o mierze, w jakiéj środek ten już dostatecznie dezinfekcyjonuje, a która jednocześnie zdrowia organizmu nie narusza. Przypadki zatruć sublimatem stają się coraz rzadsze a mają obecnie swe przeważne źródło w stosunkach indywidualnych organizmów, których dotyczą. Autor po pierwszych 170 większych operacyjach w szpitalu Maryi w Hamburgu, przy których używał tęższych rozczynów (1‰) miał tylko jeden wybitny przypadek zatrucia sublimatem, a byłoto u kobiety nader otyłéj po amputacyi rozległéj sutka i utrzymywało się przez kilka dni. Niemniéj korzystne były wyniki w dalszych niespełna 900 operacyjach, w których rzadko już używano silniejszych rozczynów (1‰), ograniczając się przeważnie do rozczynów słabszych, t. j. 1 na 5 lub 10 tysięcy; żaden z tych przypadków nie nakazywał jeszcze większego ograniczenia ilości sublimatu, aczkolwiek wśród operowanych w ten sposób znajdowała się wielka liczba dzieci i osób bardzo wynędzniałych, u których w dodatku operacyja często musiała przez dłuższy czas się przeciągać.

Niemiły wyjątek stanowią dwa przypadki laparotomii, po których, mimo wszelkich w tym kierunku zachowanych ostrożności, nastąpiło ciężkie zatrucie sublimatem, w jednym nawet było zejście śmiertelne.

Przypadki te dla tego zasługują na szczególną uwagę, iż użyto w nich jedynie słabszych rozczynów sublimatu, bo 1 na 5000, zatém rozczynów, po stosowaniu których w innych szpitalach przy wielkiéj liczbie operacyj brzusznych złych skutków ani zatrucia nie spostrzegano. Ogłaszanie takich przypadków mogłoby z czasem dać materyjał dość obfity, aby módz z góry wiedzieć, w jakich przypadkach, czyto z powodu pewnych chorób, czy też tylko indywidualnych stosunków organizmu, już małe ilości tego środka wywołać mogą zatrucie, aby więc w takich przypadkach mieć się na baczności.

Autor stosuje sublimat w laparotomii w następujący sposób: ręce swoje i skórę brzucha chorych obmywa po należytém mechaniczném oczyszczeniu sublimatem 1‰, gąbki przechowywane w tak samo silnym rozczynie wodnym kładzie na czas operacyi do ciepłego rozczynu sublimatu 1,0 na 5—6000, zastósowuje je mocno wycisnąwszy, zostawia je nawet na czas dłuższy w jamie brzusznéj, gdy chodzi o zatamowanie krwotoku miąższowego po oddzieleniu zrostów ltp.; na obsuszenie *(toilette)* jamy brzusznéj poświęca mało czasu.

Przy takiém postępowaniu 9 pierwszych laparotomij (5 owaryjotomij, 3 operacyje złośliwych nowotworów i jedna kastracyja) zakończyło się pomyślnie bez najmniejszych objawów zatrucia.

Pierwszy przypadek zatrucia i to zatrucia śmiertelnego dotyczył kobiety 30-letniéj, u któréj wykonano hysteromyotomiję z powodu włóknomięśniaka śródściennego macicy. Chora była przed operacyją już w wysokim stopniu niedokrewną z powodu krwotoków od 2ch lat trwających, operacyja trwała $1\frac{1}{4}$ godziny. W drugim dniu po operacyi wystąpiły częste wodniste wypróżnienia, w nocy tego samego dnia i w dniu następnym były one już krwawe obok prawidłowéj ciepłoty, liczby tętna 60, wilgotnego języka, miękkiego i niebolesnego brzucha; dziąsła były przytém lekko rozpulchnione, owrzodzeń jednak nie okazywały. Wśród wzmagającego się zapadu sił nastąpiła śmierć 4go dnia po operacyi. Badanie zwłok wykazało zupełnie prawidłową otrzewnę, na kikucie macicy również nic nieprawidłowego, natomiast liczne rozległe ubytki na błonie śluzowéj jelita grubego wstępującego i poprzecznego, ubytki o brzegach ostrych, a pomiędzy niemi drobne punkcikowate wynaczynionki grupami ułożone. W jelicie grubém zstępującém i kiszce prostéj brak zupełny zmian.

Drugi przypadek ciężkiego zatrucia, który się jednak zakończył wyzdrowieniem, dotyczył kobiety 25-letniéj, nieco niedokrewnéj ale dobrze odżywionéj, u któréj rozpoznano torbiel jajnika; po otwarciu jamy brzusznéj stwierdzono otorbiony wysięk dużych rozmiarów będący następstwem brodawczaka prawego jajnika wielkości głowy dziecka. Guz ten okazywał zrosty w części luźne z powłokami brzusznemi i pętlami jelit, a ściślejszy tylko zrost z mocno wydłużonym i rozszerzonym wyrostkiem robaczkowym. Krwotok powstały podczas oddzielania tych zrostów, przyczém pękła torebka brodawczaka, stłumiono dwiema dużemi mocno wyciśniętemi gąbkami. Po usunięciu nowotworu wycięto i lewy jajnik, który okazał się powiększonym i chorobowo zmienionym.

Wieczorem tego samego dnia wystąpił ciężki zapad sił, który zdołano usunąć wstrzykiwaniami podskórnemi eteru i kamfory. Nazajutrz rano zapad był jeszcze cięższy, tętno nitkowate, liczba uderzeń 160 na minutę, na twarzy zimny pot, brzuch miękki i niebolesny, język wilgotny, wymiotów brak ale natomiast od kilku godzin wypróżnienia krwawe, ciemno zabarwione. Przetoczono 1500gr. w 0·6% rozczynie soli kuchennéj do żyły odłokciowéj, tętno wnet potém stało się pełniejszém i wolniejszém, tak że dnia następnego wszelkie groźne objawy ustąpiły; wypróżnienia krwawe utrzymywały się jeszcze przez dni kilka, dziąsła jakoteż błona śluzowa jamy ust pokryte były licznemi drobnemi owrzodzeniami, które goiły się bardzo powoli. Chora powoli bardzo wróciła do zupełnego zdrowia.

W dwu tych przypadkach myśleć można było jedynie o dwóch sprawach, o septycemii lub zatruciu sublimatem; przeciw zakażeniu przemawiał brak wszelkich odnośnych klinicznych objawów, wreszcie wilgotny język, miękki i niebolesny brzuch a nakoniec brak objawów podrażnienia otrzewny; za zatruciem przemawiały wypróżnienia krwawe, zmiany na błonie śluzowéj jamy ust, wreszcie wynik sekcyi w pierwszym przypadku, w drugim wyzdrowienie.

Autor opierając się na doświadczeniu dawniéj nabytém, niemniéj jednak na dwu obecnie opisanych przypadkach, sądzi się uprawnionym do twierdzenia, iż przy laparotomijach wykonywanych na osobach niezbyt wynędzniałych można bez obawy posługiwać się rozczynami sublimatu 1·0 : 5000 do 1·0 : 6000, że jednak u osób w wysokim stopniu niedokrewnych i osłabionych, wreszcie u osób ze schorzałemi nerkami najpewniéj sublimatu wcale nie używać a zastąpić go innemi środkami: słabym rozczynem wody chlorowéj lub wodą sterylizowaną. (*Centralbl. f. Chirurgie.*, 1886, Nr. 22).

Dr. Gross.

W klinice chirurgicznéj krakowskiéj, w któréj zresztą sublimat znajduje rozległe zastosowanie, unika się jak najstaranniéj zetknięcia otrzewny ze sublimatem. Dawno wypróbowany kwas karbolowy nietylko najzupełniéj wystarcza

do utrzymania w całości stanu aseptycznego jamy brzusznéj, ale co ważniejsza o wiele mniejsze przedstawia niebezpieczeństwo ogólnego zatrucia. (Dodatek prof. Mikulicza).

Caton: O tętniaku tętnicy wątrobowéj.

Na posiedzeniu klinicznego Towarzystwa londyńskiego z d. 28 maja pod przewodnictwem barona Henryka Thompsona odbytém C. miał odczyt pod tytułem powyższym. Dotąd w Europie i Ameryce w ogóle 10 razy obserwowano tętniak téj tętnicy. Czterdziestoletni chory miał napad bólu w okolicy podżebrowéj prawéj wśród pojawienia się żółtaczki na wiosnę 1884 r., potém czuł się zdrowym aż do 3 sierpnia 1885, kiedyto ból podobny wraz z żółtaczką pojawił się na nowo. Chory był w stanie zapadu w chwili przyjęcia go do szpitala, tętno 92, pot zimny obfity; ciepłota ciała była prawidłową. Po podaniu środków podniecających, zastósowaniu ciepła, zastrzyknięciu podskórném morfinu chory uspokoił się. Wypuk wykazywał w linii sutkowéj wymiar wątroby $3\frac{1}{2}$ cala, przy wypuku bolesność. Poniżéj wątroby nieco na lewo od linii sutkowéj znajdujący się krągły, bolesny obrzęk uważano jako powiększony pęcherz żółciowy; język był obłożony, skóra i spojówki żółte; obfite wypróżnienia stolcowe czarne; stłumienie serca powiększone; hyperresonancyja klatki piersiowéj. W dzień po przyjęciu wymioty, 11 sierpnia krwawe stolce. Rozpoznawano dotychczas żółtaczkę z powodu zatkania przewodu żółciowego kamykiem; po wystąpieniu stolców krwawych odnoszono krwotok raz do przewodu żółciowego (ilość jednak krwi znaczna nie odpowiadała temu), to znowu do jelit. W 2 dni potém lekarz przywołany zastał chorego w stanie bezprzytomnym, o tętnie zaledwie wyczuwalném, o twarzy bladéj, zimnym potem oblanego; po podaniu środków podniecających i zastrzyknięciu podskórném morfinu chory oprzytomniał i podał jako powód powyższego napadu silny ból w prawém podżebrzu; obfite wymioty krwawe, wkrótce potém utrata sił, a następnego dnia śmierć. Przy sekcyi znaleziono tętniak tętnicy wątrobowéj wielkości kasztana, który pękł do przewodu wątrobowego. Wszystkie przewody żółciowe istoty wątrobowéj były nastrzykane krwią, również dostała się ona do pęcherza żółciowego, który był przepełniony skrzepami krwi, oraz do dwunastnicy, żołądka i jelit. Szmeru żadnego nad guzem nie zauważono; chory nie przebył kiły. (*The Lancet*, 1886, 5 czerwca). *Dr. Bar**ą**cz.*

Rabow: O zapobieganiu samookaleczeniu się umysłowo chorych.

Obłąkani, okazujący pośród innych objawów chorobowych popęd do kaleczenia się, drapania się, wyrywania sobie włosów itp., są największą plagą zakładów, w których bywają umieszczeni. Każdy lekarz zajęty w oddziale umysłowo chorych wie, że nawet najlepszy dozór nie może zapobiedz kaleczeniu się chorych i bardzo często kończy się na tém, że takim chorym trzeba wdziewać kaftan, ów przyrząd przypominający chorym po ozdrowieniu tortury wieków średnich. Uwaga niniejsza odnosi się do zakładów nawet najlepiéj urządzonych i zaopatrzonych w licznych i sprawnych posługaczy, cóż dopiero dzieje się w zakładach upośledzonych pod tym względem. Historyja każdego większego zakładu dla obłąkanych zapisuje nieszczęśliwe przypadki nietylko ciężkich obrażeń, jakich chorzy dopuszczają się na sobie, lecz nawet samobójstw. Mniéj lub więcéj znanemi są przypadki jak wiedeński, gdzie obłąkany, usiłujący sobie życie odebrać, w braku narzędzi i strzeżony bacznie włożył głowę do pieca i opalił ją sobie tak, że niebawem życie zakończył. W innym zakładzie znajdowała się obłąkana z takim samym popędem, strzeżona z tego powodu przez dwie posługaczki, która pijąc wodę ze szklanki upuściła takową niby przypadkiem i tym sposobem weszła w posiadanie czerepu, za pomocą którego w ciągu następnéj nocy przecięła sobie powłoki brzuszne a nawet kiszki i tym sposobem celu dopięła. Martinenq podaje, że pewna chora również z powodu skłonności do kaleczenia się pilnie strzeżona, wyłuszczyła sobie palcami gałkę oczną. Chorzy tacy są najważniejszą przyczyną troski i niepokoju lekarza zakładowego i przyczyniają się najwięcéj do odjęcia lekarzowi snu spokojnego. Z tego też powodu nieobojętnym jest ze względów praktycznych nawet najmniejszy postęp w obchodzeniu się z takimi chorymi a R. wypróbowawszy swój nowy sposób przez lat kilka w zakładzie, gdzie był zajęty, podaje opis jego, aby zapoznać innych lekarzy z tą metodą nader prostą a celowi, o ile na pierwszy rzut oka osądzić można, zupełnie odpowiednią. Postępowanie nowe polega na ustaleniu wyprostowanych odnóg górnych w stawach łokciowych za pomocą odpowiednich opasek, nawet gipsowych, przyczém ruchy w stawach barkowych i śródręcznych są możliwe i jedynie zgięcie odnogi w stawie łokciowym zniesione. Jak łatwo pojąć, chorzy zaopatrzeni w takie opatrunki na obu odnogach górnych, nie bywają tak męczeni jak w kaftanie, a pomimo tego nie mogą żadną miarą zbliżyć rąk do twarzy, o którą się zazwyczaj rozchodzi. Opatrunek gipsowy można po stwardnieniu przeciąć odpowiednio na dwie łupki, które na noc lub w ogóle w miarę potrzeby można chorym zdejmować lub zakładać, przytwierdzając je pomiędzy sobą za pomocą taśmy lub opaski płóciennéj. Autor używa do swoich opatrunków cienkich deszczułek, które się do tego bardzo dobrze nadają, a na myśl do takiego postępowania naprowadził go pewien okulista, który zakładał takie opatrunki niektórym operowanym z powodu zaćmy, aby im nie dozwolić sięgać ku oku i uniknąć tym sposobem przykrych nieraz następstw obrażenia operowanéj gałki ocznéj. Jak nieporadnymi stają się ludzie dotknięci stężeniem obu stawów łokciowych w wyprostowanéj pozycyi odnóg górnych, o tém mógłby opowiedzieć z własnego doświadczenia niejeden chirurg. Że dozór nad tak ubezwładnionym obłąkanym jest znacznie ułatwiony, to widoczna — bez dozoru jednak żadną miarą pozostawiać ich nie można. R. przytacza w skróceniu kilka historyj chorób, w których ten sposób postępowania z chorymi przyniósł pożądany skutek. Raz wezwany przez urzędnika zupełnie zdrowego na umyśle, aby mu udzielił rady z powodu somnambulizmu, polegającego na odbywaniu wśród snu przechadzek po pomieszkaniu, polecił lunatykowi zakładanie sobie odpowiedniego opatrunku na oba kolana. Rada ta okazała się zupełnie skuteczną, gdyż lunatyk w chwili, gdy poczuwał wśród snu ochotę do przechadzki, budził się i naturalnie od wycieczek swoich mógł się powstrzymać. Po kilkunastu nocach spędzonych z opatrunkami z deszczułek na kolanach zboczenie ustąpiło raz na zawsze. (*Centralbl. f. Nervenheilkunde und Psych.*, 1886, Nr. 11). *Dr. Schaitter.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 12 marca 1886 r.

Obecni koll. Dr. Kaczorowski, Zielewicz, Kapuściński, Grodzki, Jerzykowski, Stan, Wicherkiewicz, z zamiejscowych Dr. Szumski z Mogilna.

Przewodniczy kol. Kaczorowski, który po wzmiance zrobionéj przez kol. Zielewicza o śmierci zasłużonego około Towarzystwa kol. Dra Szerbla z Leszna, wzywa obecnych do oddania zmarlemu przez powstanie należnéj czci, co też nastąpiło.

Wyrażone za pośrednictwem kol. Stana życzenie zarządu Tow. Przyj. Nauk, ażeby Wydział do Rocznika Tow. Przyj. Nauk, mającego w krótkim czasie wyjść, polecił członkom przyczynienie się jakąś pracą, wywołało dość żywą rozprawę, która skończyła się przyjęciem wniosku sekretarza téj osnowy: Wydział lekarski uchwala odpowiedzieć zarządowi, że prace mające się drukować w roczniku, powinny dać obraz działania sekcyi wśród pewnego okresu czasu i jako takie po należytém ocenieniu do druku przez Wydział być polecone. Ażeby się to stać mogło, życzyłby sobie Wydział lekarski na przyszłość wcześnie przez zarząd o terminie wyjścia Rocznika być powiadomionym. Na ten raz zaś Wydział od zasilenia Rocznika pracami członków przez siebie poleconemi odstąpić jest zniewolonym. Zresztą Wydział zwraca uwagę zarządu i na to, że prace lekarskie ściśle naukowe, umieszczone w czasopiśmie przeznaczoném dla szerszych kół społeczeństwa, nie zaś dla samych lekarzy, nie mogą budzić należytego zajęcia i usuwają się z pod krytyki kompetentnéj, chyba gdyby zarząd przeznaczył osobny fundusz na oddzielne wydanie prac wygłoszonych na posiedzeniach sekcyi lekarskiéj lub przez Wydział do druku poleconych. W takim bowiem razie dzieło ściśle naukowolekarskie znalazłoby zbyt w kołach odpowiednich.

Następnie przy dziale porządku dziennego „choroby nagminne" wspomniał kol. Kaczorowski o częściéj w ostatnim czasie pojawiających się zapaleniach błon mózgordzeniowych, które z powodu niezbyt wybitnych objawów z początku pewne trudności nasuwają rozpoznaniu. Objaśniwszy to na kilku przypadkach, podniósł kol. Kaczorowski i tę okoliczność, że i w zapaleniu błon mózgordzeniowych napotyka znaczne nieraz obrzmienie śledziony, dające wskazówki, ażeby chorym podawać chinin. W końcu wspomina o przypadku, dotyczącym 20kilko-letniéj choréj, leczonéj poprzednio przez kol. Jerzykowskiego, w któréj objawy przemawiały za zapaleniem błon mózgordzeniowych. Oględziny atoli ciała po rychłéj śmierci nie potwierdziły rozpoznania, ale raczéj odkryły gruźlicę ostrą otrzewny kiszek i małego mózgowia. Kol. Jerzykowski daje bliższe objaśnienie co do objawów poprzedzających powyższe cierpienie, które chorą do wstąpienia do zakładu Siόstr Miłosierdzia skłoniło. Objawami temi były: wypływ rzeżączkowy u dziewczyny nietkniętéj, nadzwyczajne opadnięcie sił. Póżniéj chora dostała, objadłszy się pączkami, ciągłéj gorączki, boleści brzucha i zaparcia stolca.

Kol. Zielewicz mówi o znaczeniu jodoformu jako środka antyseptycznego. Dawszy pogląd historyczny na zastosowanie jodoformu w chirurgii, prelegent przedstawił swoje zapatrywania na własności trujące tego środka. Nie zgadza się na zdanie tych, którzy twierdzą, że własności te wtedy szczególnie się potęgują, jeżeli się przy opatrywaniu ran kombinuje jodoform z innemi środkami przeciwgnilnemi. Prelegent używa opatrunku jodoformo-sublimatowego i od czasu, jak większe rany w miejsce proszku jodoformowego opatruje gazą jodoformową, groźnych objawów zatrucia nie zauważył. Ostrzega przy tém o bezmyślném posypywaniu jodoformu na każdą ranę nawet powierzchowną i aseptyczną, co nietylko jest zbytecznem ale nawet o tyle szkodliwém, o ile zabliźnienie opóźnia. Takie rany najlepiéj opatrywać maścią borową jak najmniéj drażniącą. Gazy jodoformowéj używa prelegent w postaci gazy odtłuszczonéj, jodoformem natartéj lub téż preparowanéj na drodze mokréj, jednéj i drugiéj działanie nie jest jednak długotrwałe i dla tego prelegent nie radzi opatrunku jodoformowego uważać za właściwy (*Dauerverband*) wmyśl niektórych chirurgów niemieckich. O ile działanie zwyczajnéj gazy jodoformowéj wydzielinę przyranną wprawdzie zmniejsza, ale jéj stanowczo nie znosi, o tyle gaza jodoformowa lepka własność tę w wysokim posiada stopniu. Znakomity ten pomysł szkoły wiedeńskiéj zasługuje z tego względu na wszelkie uznanie. Gaza lepka skleja się z powierzchnią rany bardzo szczelnie, tamuje przeto znakomicie krwotok miąższowy, a wstrzymując rozkład wydzieliny, pod jéj wpływem *ad minimum* zmniejszonéj, utrzymuje ranę przez kilka dni w stanie zupełnie aseptycznym. Po zdjęciu opatrunku w pierwszych dwóch dniach rana jest zupełnie świeża i nadaje się jeszcze do spojenia i rychłozrostu. Wartość téj gazy okazuje się szczególniéj przy ranach jamistych, które przy tego rodzaju opatrunku bez drenowania obyć się mogą i do założenia szwu wtórnego dobrze się nadają. Z tych względów prelegent radzi, aby przy amputacyjach traumatycznych, na odnogach zgorzeliną już zajętych, tamponować powierzchnię amputacyjną gazą jodoformową lepką, a dopiero po pierwszéj zmianie opatrunku, w miarę wejrzenia rany próbować rychłozrostu. Postępowanie to nadaje się szczególniéj w praktyce prywatnéj na prowincyi, gdzie chirurg ma zwykle do walczenia nietylko z uszkodzeniem samém ale i z różnemi trudnościami zewnętrznemi, które antyseptycznym usiłowaniom jego nieprzeparte częstokroć stawiają zapory. Tym sposobem gaza jodoformowa staje się dla chirurga prawdziwém dobrodziejstwem, jeżeli obok tego nie zaniedbał wszelkich innych ostrożności antyseptycznych. Wreszcie podnosi prelegent wielką dogodność zastosowania jodoformu w roztworze eterycznym, który wstrzyknięty do rany zwłaszcza głębokiéj, pokrywa ją po ulatnianiu się eteru cieniutką warstewką jodoformu Prelegent formy téj używa bardzo często, zwłaszcza przy operacyjach gruźliczych. Laseczki jodoformowe w obec powyższych sposobów zastósowania jodoformu uważa prelegent za zupełnie zbyteczne, niedogodne, a często nawet szkodliwe. Wracając do kombinacyi opatrunku jodoformowego ze sublimatowym, prelegent nadmienia, że gaza sublimatowa strzyżona (*Krükgaze*) obficie na opatrunek jodoformowy nałożona, daje zupełną gwarancyję przebiegu przeciwgnilnego.

Kol. Kaczorowski mniema, że zastósowanie jodoformu rozczynionego w eterze nie jest nowém, a sam ze skutkiem stósował środek w téj formie przy jamach trudniéj nadających się do opatrunku przeciwgnilnego. — Kol. Wicherkiewicz ocenia należycie całą doniosłość wtórorzędnych szwów, chociaż sądzi, że staraniem każdego chirurga powinno być, gdzie tylko stosunki na to zezwalają, od razu przystąpić do osiągnięcia celu ostatecznego. Są jednakże pewne okoliczności, wymienione przez Sprenglera w *Centrbl. f. Chirurgie*, Nr. 7, z r. b, które przemawiają za wtórorzędnym szwem. Do tych zaliczać przedewszystkiém wypada, obok niepewności aseptyki, silne krwotoki, uniemożebniające doraźne zagojenie się. Krwotoki silne z ran założonych celem przemieszczenia beztrzonowych kawałków skóry na powieki sposobem Wordswortha, niweczą częstokroć powodzenie rękoczynu, gdyż krew, któréj dla spiesznéj transplantacyi należycie zatamować nie można, tworzy pokład pomiędzy skórą przemieszczoną a podstawą i przeszkadza doraźnemu zagojeniu się. Jak wtórorzędny szew umożebnia jeszcze doraźne zagojenie się rany, tak też późniejsze przemieszczenie skóry na aseptycznie czas jakiś utrzymaną ranę powinno udać się, a w tym względzie gaza jodoformowa lepka może znakomite oddać usługi, nietylko w blefaroplastyce ale w ogóle przy dermoplastycznych operacyjach. Jeżeli przez założenie bandażu z gazą jodoformową w aseptyczny sposób zapobiegniemy krwotokowi, a ranę utrzymamy w stanie świeżym, natenczas, zdaniem Wicherkiewicza, przeniesiony płat skóry po 24 lub 48 godzinach napotka daleko korzystniejsze warunki do przyrośnięcia. — Kol. Zielewicz zgadza się na poglądy poprzedniego mowcy, że właśnie tam, gdzie krwotoki przeszkadzają zagojeniu się doraźnemu, gaza jodoformowa lepka, jako umożebniająca założenie wtórorzędnych szwów, jest cennym środkiem. Co do intoksykacyi, to sądzi, że o takowéj mniej słychać z powodu, iż jodoform w mniejszych zastosowywa się obecnie ilościach. — Kol. Wicherkiewicz mniema, iż w okulistyce ilość jodoformu tak zazwyczaj jest małą, iż z objawami zatrucia nie łatwo się spotkać. W przypadkach atoli ogólnego zapalenia gałki (*Panophthalmitis*) albo rozległych owrzodzeń widząc się zniewolonym nieco więcéj posypywać jodoformu, lub gdy przy towarzyszących chorobom oczu owrzodzeniach jam nosowych zadmuchiwał jodoform do nosa, zauważał częstokroć skargi chorych na silny ból głowy. Czy takowy był rzeczywistym objawem zatrucia, czy też następstwem działania na ustrój powonienia lub też czysto przypadkowym dodatkiem, trudno rozstrzygnąć.

Dr. Wicherkiewicz.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z dnia 16 kwietnia 1886.

Obecni koledzy: Kaczorowski, Köhler, Jarnatowski, Grodzki, Zielewicz i sekretarz. Przewodniczy kol. Kaczorowski.

Poruszono raz jeszcze sprawę udziału sekcyi w wydawni-

ctwie Rocznika Tow. Przyj. Nauk, a opierając się na poprzedniéj uchwale zauważono w dyskusyi, że Wydział, ani popierać ani sprzeciwiać się nie myśli ogłoszeniu w Roczniku prac lekarskich pojedynczych środków Wydziału, nie przyjmuje jednakże żadnéj na siebie odpowiedzialności.

Następnie mówił kol. Kaczorowski o doświadczeniach Millera, odnoszących się do oddziaływania grzybków rozszczepnikowych, odosobnionych w jamie ustnéj na przewód pokarmowy. Treść tego zajmującego odczytu jest następująca: Prof. Miller (*D. med. Wochenschrift*, Nr. 3) odosobnił już przeszłego roku 5 gatunków (znalezionych w spróchniałych zębach) grzybków rozszczepnikowych, które późniéj napotykał także wolne w jamie ustnéj, mianowicie na dziąsłach, za pomocą hodowli w żelatynie z peptonem wyciągu mięsnego. Grzybki owe odznaczają się własnością wywiązywania w zetknięciu z ciałami węglowodory zawierającemi znacznéj ilości gazów, dla czego im nadał miano: *bacterium aëragenes*, a nadto tak silnie opierają się kwasowi żołądkowemu, że całemi godzinami wystawione na jego działanie zachowywały jeszcze zdolność rozmnażania się. Wiadoma powszechnie rzecz, że niektóre osoby, dotknięte cierpieniami żołądkowemi, tuż po spożyciu niektórych pokarmów, nagabywane bywają przykrém wzdęciem żołądka i odbijaniem się gazów, już sama przez się wskazuje, że takie grzybki nie mogły być wprowadzone do żołądka wraz z pokarmami, ale że już poprzednio winny były się znajdować w żołądku. Chcąc więc rozstrzygnąć pytanie, jak długo owe grzybki w obec pokarmów do żołądka wprowadzonych w nim utrzymać się zdołają, następne wykonywał na psach doświadczenia: W nawiasie podnieść wypada, że u psów sok żołądkowy o 1° na tysiąc więcéj kwasu solnego zawiera, aniżeli żołądek człowieczy, a zatém daleko jest odporniejszy. Do tych doświadczeń używał 6 psów, z pomiędzy których 4 karmił przez 2 dni dwa razy na dobę mięsem, chlebem cukrem i mlekiem. Wraz z każdorazowém nakarmieniem zadawał im 40cm. hodowli czterech gatunków owych grzybków, zostawionéj przez 24 godzin w rozczynie wyciągu mięsnego. Pierwszéj kategoryi psy uległy po 24—36 godzinach biegunce, drugiéj kategoryi już po 15 godzinach. Jednego psa zabito po $2 \frac{1}{2}$, drugiego po 6, trzeciego po 8, a czwartego po 9 godzinach. U pierwszych dwóch psów odczyn zawartości jelita był wyraźnie kwaśny, u trzeciego w dwunastnicy jeszcze alkaliczny, w dolnéj części jelita zaś kwaśny. U czwartego bardzo silnego i zdrowego zresztą psa odczyn w całém jelicie był alkaliczny. U pierwszego, drugiego i trzeciego psa, wszystkie gatunki grzybków znalazły się w wszystkich działach przewodu pokarmowego, najwięcéj w żołądku i prostnicy, najmniéj zaś w dwunastnicy. W żołądku czwartego psa nie było już żywych grzybków tylko czarna papka. U psów, karmionych tylko mięsem i mlekiem, bez cukru i chleba, wszystkie objawy jeszcze gwałtowniéj wystąpiły i u jednego, zabitego po 6 godzinach, znaleziono jelito całe napełnione bąblami gazów, odczyn w grubém jelicie jeszcze kwaśny i kawałki niestrawionego mięsa w żołądku. Jeżeli więc u zdrowych psów owe grzybki do 8 godzin wytrwać zdołają, w żołądku chorym człowieka tém łatwiéj opierać się winny, z czego Miller wywodzi wniosek, że nie tyle grzybki wprowadzone z pokarmami, ale znajdujące się jeszcze przed spożyciem pokarmów w żołądku największe sprawiają niedogodności, a ztąd sterylizowanie żołądka przed każdorazowém jedzeniem daleko ważniejszą odgrywa rolę aniżeli sterylizowanie samych pokarmów. Miller sam na osobie swojéj wykonał doświadczenie: wieczorem zjadłszy na kolacyję chleba i kartofli zażył w kieliszku mleka hodowli *bacterium aeragenes*. Po godzinie już nastąpiło wzdęcie żołądka; następnego rana kolka brzuszna, po 20 godzinach po zażyciu grzybków biegunka; po lekkiém śniadaniu wypił 3 gramy kwasu solnego w szklance wody i w parę godzin wprawdzie biegunka ustała, ale kilka dni jeszcze trwała pewna niedogodność w brzuchu, a jeszcze 6go dnia zdołał w kale wykryć owe grzybki. Daléj starał się Miller wykryć, jak niektóre pokarmy oddziaływają ilościowo na wywiązywanie się gazów po dodaniu do nich owych grzybków. Tym celem dodawał do pojedynczych pokarmów i to w ilości dwóch gramów po 3 gramy śliny i równéj ilości żelatyny z peptonizowanym wyciągiem mięsnym, zaprawionéj owemi grzybkami. Mięszanki owe nalewał do szkieł odczynowych naznaczając wysokość poziomu płynu, który w miarę wywięzujących się gazów unosił się w górę. Z tych doświadczeń wynikło, że ser, sałata, ryba, ogórki kiszone, zsiadłe mleko, jaja, szpinak, borówki i śliwki suszone, czyste świeże masło, mięso z ogórkami niezmieniały prawie wcale poziomu, najwięcéj zaś mięso razem z owemi owocami zmięszane, kartofle, kapusta, chleb, słodkie leguminy, ciężkie ciasta. W końcu prelegent zwraca uwagę na sprzeczności zawarte w ogłoszeniu Millera, który raz podaje, że pokarmy węglowodorowe sprzyjają rozwojowi pasorzytów rzeczonych, to znowu rozmnażanie się tychże utrudniać mają. Wreszcie dziwi się prelegent, że Miller, jako środka przeciwko grzybkom, używa w większych dawkach kwasu solnego, który przez doświadczenia okazał się nie dość skutecznym, podczas kiedy kol. Kaczorowski używa ze skutkiem w podobnych razach środka silniéj działającego, a jednak najmniéj organizmowi szkodzącego, jakim jest *Tinct. jodi*. Takową podaje przez tygodnie całe po 2 gramy dziennie nie widząc żadnego ujemnego skutku.

Po krótkiéj dyskusyi nad tym przedmiotem mówił sekretarz o operacyi wywróconéj powieki według nowego pomysłu własnego „wtórorzędnéj“ transplantacyi skóry, a na zakończenie odczytu, który w obszerniejszych rozmiarach będzie ogłoszony drukiem, przedstawił prelegent chorą, operowaną ze skutkiem według owéj metody. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

VI. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Wyrazistą różnicę w ogólnéj liczbie mieszkańców Persyi stanowi plemię Gebry, najdawniejsi potomkowie dawnéj czystéj rasy irańskiéj, dziś pogardzane przez muzułmanów z powodu wierności w przechowywaniu religijnych tradycyj. Plemię to rozrzucone gromadkami zamieszkuje górskie doliny w środkowych prowincyjach kraju. Ze swéj strony również nienawistne dla Muzułmanów, szczyci się charakterem swych zwyczai, więcéj od innych dba o zachowanie czystości i porządku w swych siedzibach, podtrzymuje swój byt uprawą ryżu, hodowlą pięknych trzód owiec i koni, a gdy się okoliczność nadarzy to i łupieniem podróżnych, ot tak sobie, dla urozmaicenia zajęcia. Warunki téż zdrowotne w miejscowościach, gdzie plemię to zwykło przebywać, są stosunkowo pomyślne, stanowią jedyny wyjątek w ogólnéj sanitarnéj sytuacyi Persyi, jak już wiemy w całym kraju wiele pozostawiającéj do życzenia. U Gebrów téż zauważyłem jedynie pewne przestrzeganie przepisów higijeny domowéj. Czysta woda, sucha miejscowość, wyrzucanie zwykłych nieczystości jak najdaléj od domostw, utrzymywanie stert nawozu li tylko w pobliżu pól i wreszcie zakładanie osad zawsze w dali od wilgotnych ryżowisk, sąto okoliczności bardzo wpływające na dobrobyt mieszkańców. Unikanie zaś, a nawet wzbranianie się, wchodzenia w związki pokrewne z innemi plemionami, czyni, że pośród Gebrów przechował się dotąd dawny piękny ich typ, energija, temperament żywy i wesoły. Oko wędrowca, znużone nieraz ciągłym widokiem wstrętnych warunków zdrowotnych, z pewną przyjemnością przypatruje się gromadkom dzieci, rześko i wesoło igrających na trawnikach, lecz tylko przed zachodem i po zachodzie słońca. W świetlaną bowiem jego tarczę, uosabiającą dla nich najwyższe jestestwo, nie wolno im się wpatrywać. Lecz za to korzysta się w pełni z ożywiających jego promieni. Wygrzewać się na słońcu po pewném znużeniu jestto pospolity zwyczaj u Gebrów, mający jeszcze i swe praktyczne zastosowanie, gdy chodzi o wzmocnienie dzieci słabowitych. Ciekawy też zwyczaj zauważałem pośród tutejszych kobiet najwięcéj korzystających z ciepłoty słonecznéj. Matki oto, niemające dostatecznéj ilości pokarmu, położnice w kilka godzin po odbytym porodzie, osoby niedokrewne lub wycieńczone pracą, zagrożone char-

łactwem zimniczém itp., zasiadają całemi gromadkami na otwartych przestrzeniach, przepędzają kilka godzin lub całe dnie nawet wygrzewając się wszechstronnie i w tym dla wszystkich przystępnym sposobie, usiłują znaleźć drogę ku polepszeniu nadwątlonego stanu zdrowia. Gdyby też i mieszkańcy północy równąż mieli wiarę w skuteczną działalność ciepłoty słonecznéj, niezaprzeczenie nie tak często spotykałoby się pośród nich ciężkie stany patologiczne, które zwykle nieleczone lub traktowane przez samouków, stale dostarczają obfitego materyjału do powiększenia cyfry ogólnéj śmiertelności.

Dzisiejsi mieszkańcy Persyi, rozsiedli na przestrzeni 1,647.000 kilometrów, pomimo rozmaitości plemion, do jakich należą, dzielą się na osiadłych (Tadżyks) i koczujących (Illyat). Opowiadając o stosunkach zdrowotnych miast i wsi tutejszych, tam już uwydatniłem warunki, w jakich rodzi się i żyje ta część perskiéj ludności. Zajęci handlem lub rzemiosłami, oddający się z korzyścią dla siebie czynnościom pośredników urzędowych, mieszkańcy miast cechują się swą chytrością, zręcznością i podstępem stanowiącemi podstawę ich charakteru, uwidoczniającego się nietylko w niższych sferach społeczeństwa, ale dominującego i pośród osób wysokie zajmujących stanowiska. To też całém usiłowaniem każdego jest wzajemne okpiwanie się. Droga to bowiem prowadząca do pewniejszego obrobienia swych interesów, spinania się na szczyt pewnych dostojeństw, bez względu na potrzebę zachowania zasad moralnych i czuwania nad zachowaniem sił ustroju, stale narażonego na walkę z przeciwnościami wywołanemi warunkami klimatu i pogardą najelementarniejszych zasad higijeny. Moralnie też dzisiejszych mieszkańców Persyi można uważać za zwyrodniały odszczep swych przodków. Dawną zręczność władania łukiem i mówienia prawdy, dziś uważają za śmieszne lub zbyteczne. Co zaś do osobistéj odwagi, to i ta nie należy do cech dominujących w charakterze mieszkańców Iranu, do tego nawet stopnia, że ludność Tebryzu, Ispahanu, Kaszanu i Dyzfulu, posądzają o wyraźne tchórzostwo, co też i uwalnia ją od służby pod chorągwią lwa i słońca. A jednak zdaje się, że fizycznie Persi są najbardziéj zbliżeni do typu piękna, w znaczeniu takiém, jak my to rozumiemy. Pod względem zaś siły umysłowéj szybkie pojęcie, potężna i trwała pamięć, w istocie są u nich zdumiewającemi. Brakuje im tylko trwałości w zasadach, co też i prowadzi do usposobień, że radzi z możności szybkiego zrozumienia, nigdy nie starają się nic zgłębić.

Międzynarodowe stosunki krajów graniczących z Persyją oddawna już zwróciły uwagę tak administratorów jak i higijenistów na potrzebę czuwania nad ruchami plemion koczujących. W tym jednak względzie najpraktyczniéj sobie postępuje rząd rosyjski wzbraniając lub poprostu odpędzając od swych granic ruchomych perskich gości. Mniéj dbały rząd turecki, jakkolwiek ciągle niepokojony wymaganiami rady zdrowia, dotąd nic stanowczego nie postanowił. Bo też kwestyja ta nie jest łatwą do rozwiązania. Zwalczyć zwyczaj wędrówki koczujących plemion z miejscowości perskich do tureckiego Kurdystanu lub Iraku jest rzeczą prawie że niewykonalną, pomimo faktów tak doniosłego znaczenia, jak częste wybuchy chorób zakaźnych, których przeniesienie do posiadłości tureckich przez plemiona kurdzkie, przybywające z Persyi, zostało niejednokrotnie potwierdzoném. Niezaprzeczonym zaś jest faktem, że właśnie to pośród plemion perskiego Lurystanu i Kurdystanu znaleźliśmy najgorsze warunki zdrowotne, stany chorobowe zakaźne mające tam charakter nagminny, które przy corocznych wędrówkach plemion z łatwością mogą być przeniesione z jednéj okolicy w drugą. Zwyczaju jednak, na którym opiera się niejako istnienie koczujących plemion, żadną miarą nie da się zmienić, ponieważ śmiertelności przetrzebiającéj mieszkańców nie biorą na uwagę i tylko dbałość o zachowanie trzód jest jedynym przedmiotem interesującym cały koczujący ogół. Rzecz zaś prosta, że rząd Szacha także nie przedsięweźmie w tym względzie żadnych stanowczych kroków, tak że zarówno w miejscowościach perskich jak i w pogranicznych okolicach tureckich na długo jeszcze wypadnie pozostawać pod obawą ponownych wybuchów chorób zakaźnych, których zawleczenie wypada zawdzięczać corocznym wędrówkom znacznych mas perskiéj ludności. To też nie od usiłowań człowieka, a tylko i jedynie od zmiany warunków klimatycznych można się chyba spodziewać polepszenia się tych zawsze groźnych i nieznośnych dla ludności warunków.

Zapoznanie się z domowym bytem mieszkańców Persyi może mieć miejsce przy składzie tylko szczególnie sprzyjających okoliczności. Ztąd więc i przeniknięcie do wnętrza siedzib mieszkańców osiadłych nie tylko już dla zwykłego turysty ale nawet dla lekarza bywa zwykle bardzo trudne. Nie jestto jednak następstwem chęci ukrywania rodzaju swojskich stosunków lub obawy narażenia się na obcą krytykę, lecz tylko wynikiem utrwalonego przesądu, ze wszystko co nie wyznaje zasad szeityzmu, uważane za sprośne, nie powinno przekraczać progu domu koszernych adoratorów Alego! Persyjanin bowiem tak u siebie jak i poza domem, gdy się tylko znajduje w męskiém towarzystwie okazuje się dość skłonnym do zapoznania obcego z miejscowemi zwyczajami. Bawi go to nawet, że ktoś tam interesuje się jego bytem, i że fakty, jakie poda, mogą posłużyć do ułożenia nawet jakiegoś opisu (Ruzname). Lecz nie będąc w stanie ukryć swego zniechęcenia, wyraża prawdziwe zadowolenie, gdy obcy potrafi udać głuchego i ślepego na to wszystko, co dotyczy perskiego Henderunu (haremu). I gdy sam właściciel tego ostatniego ufa, że nikt nie jest w stanie przeniknąć badawczém okiem do jego wnętrza i że wszystko co tam ukrywa jest znaném tylko jemu, kobiety inaczéj rozumieją zasady życia i nie popularyzując się zbytecznie, znajdują widoczną przyjemność, gdy swą naiwnością ułatwią odkrycie pewnych szczegółów charakteryzujących ich byt, zwyczaje, zajęcia, a przedewszystkiém, strój.

Zupełnie odmiennemi zasadami kieruje się ludność koczująca bez różnicy okolicy, jaką zajmuje. Tutaj przybywający podróżny znajduje gościnność stosownie do zamożności właściciela namiotu. Wkrótce otacza go gromada bez różnicy płci i wieku, i jeżeli przybysz zdradził się, że jest lekarzem, otwiera mu się łatwe i obszerne pole do studyjów nietylko ciekawych stanów chorobowych, ale i tych wszystkich interesujących szczegółów, jakie cechują życie plemion koczujących.

Wiemy już, w jak niekorzystnych warunkach zdrowotnych ludność perska pędzi swoje życie. Niedbała i znajdująca się w niemożności ich polepszenia, także i swym strojem wcale nie stara się o odpowiedzenie wymaganiom klimatu. Futra też i tkaniny wełniane, ciężkie okrycia głowy, płaszcze z wielbłądziéj sierści lub długie chałaty i ciepłe wełniane pasy, otaczające biodra i część dolną klatki piersiowéj, słowem wielka dbałość o zaopatrzenie górnéj części ustroju, z pozostawieniem nogi najczęściéj niczém nieokrytéj lub zabezpieczonéj tylko przy wyjściu z domu krótkim i ciasnym

sandałem, spotykamy zarówno na północy jak i południu. W żadnym też z krajów dalekiego Wschodu przysłowie, że zamożnego poznasz po ilości szat, jakie na siebie wciąga, nie znajduje nigdzie tak praktycznego zastosowania jak właśnie pośród ludów zamieszkujących Persyję. Tutaj też w miarę tego im więcéj pod długim chałatem ukrywa się węższych lub obszerniejszych części ubrania, tém większą jest powaga i stanowisko noszącego je. Rozpatrzenie się zaś w szczegółach stroju mieszkańców Persyi przekona, o ile takowy odpowiada wymaganiom klimatu, i o ile zabezpiecza od zewnętrznych wpływów powietrza.

Ogoloną zwykle głowę okrywa wysoki sukienny lub z czarnego baranka kołpak (kulach), wewnątrz wyłożony watą i stosowną ilością różnokolorowéj perkalowéj lub jedwabnéj podszewki. Jestto oznaka wyróżniająca prawdziwych Persów od innych mieszkańców, a niemniéj też i od kategoryi urzędniczéj, która, dzięki pewnym postępom, zmuszoną jest do okrywania głowy li tylko niskiemi z czarnego sukna kapami, bez obowiązku pozbywania się włosów, których pielęgnowaniu i swojskiemu trefieniu poświęcać zwykli nie mało czasu.

Właściwa koszula jest tu nieznaną. Zastępuje ją rodzaj kurtki (Pirhen) o wąskich i krótkich rękawach, na znak żałoby, zawsze rozciętéj z boku, spinanéj tylko powyżéj ramienia i sięgającéj zaledwie do podżebrza. Ta najniezbędniéjsza część ubrania rzadko kiedy bywa płócienną, najczęściéj perkalową, lub jak u mieszkańców perskiego Lurystanu uszytą z tkaniny napół wełnianéj koloru modrego, wyłącznie fabrykowanéj w Bombaju. Bardziéj dbałym od Persa jest mieszkaniec Kurdystanu, u niego bowiem koszula płócienna uważana za niezbędną podług długości i szerokości jéj rękawów, zwykle sięgających aż do ziemi, jest jeszcze oznaką dostojeństwa. Kurd też tutejszy lubuje się w rozwijaniu i skręcaniu rękawów swéj koszuli. Jestto dla niego pewnym rodzajem rozrywki, a niemniéj też i praktycznym środkiem do przechowywania w rękawach koszuli pewnych drobiazgów, używania jéj za ręcznik i chustkę do nosa, a w podróży posługiwania się kilkołokciowym i związanym na węzeł rękawem, jako okryciem zabezpieczającém od działania słońca. Ku okryciu dolnéj części ustroju służą zwykle szarawary z białego płótna, noszone bez względu na porę roku i o tyle szerokie i przestronne, o ile koszula jest wąską i krótką. (D. c. nast.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 20—26 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32·5. Z płonicy umarło 2 (0 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach płonicy. W tygodniu od 13—19 czerwca umarło z ospy: w Warszawie 3, w Budapeszcie 12, w Pradze 6, w Rzymie 10, w Zurychu 2, w Wenecyi, Paryżu, Brukseli i Odesie po 1. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie, Pradze i Odesie po 1, w Budapeszcie 2, w Petersburgu 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z cholery umarło w Wenecyi 64. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 10. Z odry umarło w Berlinie 14, w Paryżu 25, w Londynie 27, w Petersburgu 41. Z płonicy umarło w Budapeszcie 10, w Paryżu 16, w Hamburgu 11, w Petersburgu 22. Z błonicy i dławca umarło: w Berlinie 25, w Paryżu 28, w Londynie 26. Z krztuśca umarło: w Paryżu 10, w Londynie 28.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 13—19 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 21,7; we Lwowie 36,2; w Drohobyczu 57.8; w Kołomyi 16,3; w Przemyślu 33.6; w Stanisławowie 45,9; w Tarnopolu 31,3; w Tarnowie 36,7; w Czerniowcach 38,8; w Opawie 40,4; w Warszawie 32,8; w Poznaniu 36,5; w Wiedniu 24.6; w Budapeszcie 38,1; w Pradze 37,2; w Salcburgu 39,2; w Gracu 30,6; w Tryjeście 27,8; w Insbruku 28,4; w Bernie 35,9; w Ołomuńcu 28,2; w Berlinie 27,6; we Wrocławiu 36,8; w Gdańsku 29,4; w Dreźnie 22,0; w Hamburgu 26,9; w Kolonii 26,1; w Lipsku 18,7; w Mnichowie 28,4; w Strasburgu 29,7; w Amsterdamie 19,0; w Bazylei 12,5; w Brukseli 24.7; w Chrystyjanii 18 7; w Genewie 15,1; w Kopenhadze 21,1; w Londynie 14,9; w Odesie 40,1; w Paryżu 21,4. w Petersburgu 29,2; w Rzymie 23.4; w Stokholmie 20.0; w Wenecyi 46,5; w Zurychu 22.5. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 lipca. Uroczystość jubileuszowa prof. Teichmana odbyła się według zakreślonego programu w największym porządku i przy udziale wielkiéj liczby uczniów. W wilię jubileuszu, w piątek wieczór studenci urządzili korowód z pochodniami, który wyszedł z *Collegium physicum* na ulicy św. Anny i rynkiem zdążył przy odgłosie muzyki przed dom jubilata; w korowodzie tym wzięło udział kilkuset uczniów, a deputacyja ich udała się do pomieszkania prof. Teichmana; na przemowę przewodniczącego jubilat odpowiedział zapewniając, że spełniwszy poprostu obowiązek swój nie rości sobie pretensyi do szczególniejszego uznania. W sobotę o godzinie 12éj w sali wykładowéj anatomii opisowéj, po usunięciu stołu sekcyjnego i wszystkiego, coby przypominało jéj przeznaczenie, zamienionéj w śliczną aulę, zajęli miejsca rodzina jubilata, rektor U. J., dziekan Wydziału lekarskiego, prezes Tow. lek. krakowskiego razem z wiceprezesem i sekretarzem stałym, kilku profesorów i docentów wydziału filozoficznego i lekarskiego, delegaci poszczególnych sekcyj Tow. lekarzy galicyjskich itd., podczas gdy amfiteatr zajęty był przez uczniów. Po wprowadzeniu jubilata przemówił naprzód jeden z uczniów, następnie rektor U. J., dziekan Wydziału lek., wiceprezes sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic. prof. Kadyi, prezes Tow. lek. krakowskiego, następnie delegaci sekcyj poszczególnych Tow. lek. galic., daléj powtórnie prof. Kadyi w imieniu byłych asystentów, delegat czytelni akademickiéj itd. Na każde z przemówień odpowiadał jubilat, widocznie wzruszony owacyjami. Chór akademicki pod kierunkiem p. Barabasza pięknym śpiewem rozpoczął i zakończył uroczystość.

W niedzielę wieczorem podejmował jubilat u siebie około 70 osób z rozmaitych warstw społeczeństwa, przeważnie profesorów, asystentów i uczniów; szereg toastów rozpoczął sam jubilat od wynurzenia wdzięczności dla N. Pana, poczém b. rektor U. J. prof. Kuczyński wzniósł toast na cześć jubilata i jego rodziny, za którym poszły inne toasty. Ochoczo bawiono się w domu gościnnym aż do północy. Tak w sobotę jak i w niedzielę nadeszły liczne telegramy z serdecznemi życzeniami dla jubilata. Z pomiędzy nich, o ile zapamiętaliśmy, najważniejsze były następujące: z Wiednia, od proff. Langera, Hofmanna, Ludwiga, Politzera, Grubera, Rokitanskiego, z Gracu od prof. Zuckerkandla, z Pragi czeskiéj od prof. Šteffala, z Berlina od Virchowa, Waldeyera (wdzięcznego ucznia), z Warszawy od prof. Hoyera, prezesa Tow. lek. Gepnera i redakcyi Gazety Lekarskiéj, ze Lwowa od Biesiadeckiego, Radziszewskiego, z Poznania od Tow. P. N. i od Wicherkiewicza itd. itd. Towarzystwo lekarskie warszawskie nadesłało nadto dyplom na członka honorowego, sekcyja lwowska piękne album, a najpiękniejszy dar ofiarował jubilatowi b. jego asystent prof. Kadyi, poświęcając mu piękną a mozolną pracę, która ukaże się w pismach Akademii, a z któréj szan. autor poda wyciągi i w Przeglądzie Lek.

* Na posiedzeniu swém d. 2 bm. odbytém Wydział lekarski zamianował Dra Stanisława Brauna asystentem przy klinice położniczo-ginekologicznéj na 2 lata i przedstawił Ministerstwu do zatwierdzenia asystentem przy zakładzie chemii lekarskiéj kandydata medycyny Antoniego Opieńskiego.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. prof. Mikulicz i doc. Jaworski przedstawili chorego z gastroenterostomiją, a w dyskusyi przemawiał prof. Obaliński, poczém

prof. Browicz miał wykład zapowiedziany, w dyskusyi zaś mówił prof. Madurowicz, w końcu Dr. Prus przedstawił preparaty nerwików nerwów, poczém zabierali głos w dyskusyi proff. Mikulicz, Oettinger, doc. Pieniążek i Głuziński.

* Wspomnieliśmy w swoim czasie, że z inicyjatywy referenta lekarskiego Dra Karajana Rada sanitarna dolno-austryjacka zastanawiała się nad reformą studyjów i egzaminów lekarskich. Obecnie Rada ta przedłożyła Ministerstwu spraw wewnętrznych i oświecenia wnioski swoje. Uznając zasadniczo konieczną potrzebę reformy Rada w szczególności zwraca uwagę na brak ustawą przepisanego planu studyjów, daléj na niedostateczne praktyczne wykształcenie lekarzy z powodu przepełnienia sal wykładowych, na potrzebę skrócenia feryj i uporządkowania kwestyi czesnego. Rada uważa za wskazane, aby uczniowie medycyny tylko przez 4 lata uczęszczali na wykłady, a 5ty poświęcali uczęszczaniu do szpitali, aby przypuszczenie do praktyki było zależném od złożenia egzaminu rządowego, nie zaś od doktoratu, który ma być wymagany tylko od tych kandydatów, którzy zamierzają poświęcić się zawodowi nauczycielskiemu lub jakiejś specyjalności.

Otóż główne wnioski Rady. Co do nas powtarzamy pytanie, kto upoważnił referenta lekarskiego lub Radę sanitarną dolno-austryjacką do robienia uwag, a jeżeli upoważnienia nie było, wnioski te zapewne pójdą *ad acta*. Nie wchodząc w szczegóły i nie wdając się w krytykę owych wniosków sądzimy atoli, że wydziały lekarskie przedewszystkiém są powołane do wydania opinii w tym przedmiocie, i że jeżeli energiczny obecny Minister Oświecenia zamierza przeprowadzić reformę, nie omieszka zażądać od wydziałów opinii lub zwoła, jak to w innych kwestyjach ważnych ma miejsce, ankietę ze wszystkich wydziałów i korporacyj lekarskich.

* Otrzymaliśmy dzieło prof. Laskowskiego w Genewie p. t. „*L'embaument la conservation des sujets et les préparations anatomiques. Genève, Bale, Lyon. 1886 (Tous droits réservés)*, in 8vo, str. 154. Z dzieła tego szanownego naszego rodaka a słynnego anatoma zdamy sprawę obszerniejszą.

* W Szczawnicy do d. 30 czerwca było gości 953, w Cieplicach czeskich 3016, w Giesshüblu 175.

* W Szczawnicy tego roku praktykują następujący lekarze: Drowie Trembecki, Ściborowski, Doskowski, Głuziński, Gumowski, Kołączkowski, Nieszkowski i Zaremba.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Kazań.** Docent pryw. akademii petersburskiéj Dr. Lewaszów obejmuje katedrę kliniki lekarskiéj po zmarłym prof. Winogradowie, a Dr. Bechterew mianowany został zwyczajnym prof. psychijatryi.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Franciszek Sroczyński ze Stanisławowa i Józef Friedberg z Sokala.

* **Nekrologija.** W Wiedniu umarł były jeneralny lekarz sztabowy Dr. Antoni Frisch, ojciec profesora.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 27: Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze (c. d.); Malinowskiego: Kilka uwag o malaryi (c. d.); Szadka: Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 27: Heringa: Kwas mleczny, jako środek leczniczy przy owrzodzeniach gruźliczych (c. d.); Grünbauma: Ogólny pogląd na obecny stan leczenia chorób pęcherza moczowego.

Redakcyja otrzymała:

Dr. OBTUŁOWICZ: O dyfteryi. (Odbicie z Przeglądu Lek.) Kraków 1886 in 8vo str. 85.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 14 b. m. o godzinie 6téj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne w sprawie Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w r. 1887 odbyć się mającego.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Drowi P. w N. Odsyłamy szan. kolegę do pracy Dra Pawińskiego: O szmerach sercowych słyszalnych z odległości (Księga jubil. prof. Hoyera. Warszawa, 1884, Rocznik Virchowa i Hirscha, 1886).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.